Retenciones Placentarias

Mecanismo

Causas

Modalidades

Accidentes y

Tratamiento

Belisario Manrique al optar el grado de doctor en la Facultad de Medicina de Lima—Abril 1904

LIMA 1904

IMP. DE TORRES AGUIRRE



Catedrático de Patología Ge[neral] y Clínica Propedéutica.

ciudad

Retenciones Placentarias

Mecanismo

Causas

Modalidades

Accidentes y

Tratamiento

Belisario Manrique al optar el grado de doctor en la Facultad de Medicina de Lima—Abril 1904

24


LIMA 1904

IMP. DE TORRES AGUIRRE



Señor Decano:

Señores Catedráticos:

OBLIGADO por prescripción reglamentaria á someter á vuestra ilustrada consideración un trabajo para demandaros el título académico de doctor, he creido de interés ocuparme de algunos puntos relativos á las RETENCIONES PLACENTARIAS en el aborto y el parto, sobre todo, desde el punto de vista de su tratamiento.

El tópico no es nuevo, se ha escrito ya sobre el particular muchas y completas monografías en el extranjero y algunas importantes en el país (1); pero en mi concepto el tema es muy interesante y no está suficientemente manoseado entre nosotros: á ello puede únicamente aspirar el presente trabajo.

El médico que ejerce en Lima, está en condición ventajosa respecto del que ejerce afuera; aquí tiene cuando se encuentra en frente de un caso de retención, y no posée en el asunto conocimientos especiales, el fácil y cómodo recurso de solicitar la ayuda de un compañero especialista que le sacará airoso; afuera no tiene concurso que pedir ó le será escaso, tal vez, falto de oportunidad, ahí, se encontrará con

(1) Dr. E. Bello (Tesis) 1898

relativa frecuencia en frente de casos que le reclamarán de urgencia y donde deberá proceder sin vacilaciones ni tibiezas, por que de su oportunidad calma y pericia dependerán la vida ó salud de una mujer, y con ella el infortunio ó desdicha de un hogar.—Familiarizarse con este asunto, tener cabal conocimiento de él, reviste pues, en mi concepto, altísima importancia.—De las retenciones placentarias arrancan en efecto, no solo accidentes inmediatos—hemorragias y septícemias—que ponen en serio peligro la vida de la mujer, sinó otros mas ó menos tardios—metritis, desviaciones uterinas, pólipos etc, etc,—que comprometen su salud.

Fué siempre aspiración mía elejir para tan solemne momento, un asunto en el cual, mis impresiones personales, recibidas á la cabecera del enfermo en la ciudad y el hospital hubiéranme formado criterio propio, dándome esta oportunidad las circunstancias de haber ejercido la profesión por diez años en el Callao y tener á mi cuidado un servicio de partos en el hospital de Bellavista.

Durante mi residencia en el Callao, he tenido en ocasiones frecuentes que solicitar el concurso de mí respetado maestro y distinguido amigo, el Dr. Rafael Benavides, á quien con este motivo quiero tributar aquí, el homenaje de mi gratitud por los sabios consejos que siempre me dió, el maestro, que, con el sello eminentemente clínico que supo dar á su enseñanza, durante el tiempo que fuí su discípulo, despertó mi afición por este género de estudios.

———

Las retenciones placentarias de que se deriva toda una serie de peligros para la madre, comprometiendo su vida ó dejándole achaques que han de acarrearle una existencia llena de mortificaciones y sufrimientos, han preocupado á los parteros de todas las épocas, que acudían á procedimientos y prácticas diversas, con el objetivo de libertad á la mujer de esa fuente de accidentes.

Esa aspiración, existió desde la época en que el ejercicio de la medicina era puramente empírica, y en todos los pueblos de la tierra donde la civilización puso al servicio de la humanidad personal convenientemente preparado para conducir más racionalmente su salud, se encontraron establecidas prácticas, más ó menos racionales, más ó menos superticiosas, á que se apelaba con el fin de favorecer el parto ó ayudarelalumbramiento. Y no solo en el parto, para activar el cual, se ocurría á los medios más extravagantes, como el manteo (1) que todavía se usa en algunos lugares del Perú; los fuertes sacudimientos del espíritu, como aquel (Kalmoucks) (2) en que «muchos hombres listos con fusiles cargados cerca de la paciente, esperaban que la partera les hiciera una señal, apenas la cabeza del infante distendía el periné, para hacer fuego todos á la vez, con cuyo estrépito

[1] Hace muy pocos días que una conocida matrona de esta capital, me refería, sorprendida la manera tan curiosa como los negros de las haciendas inmediatas atienden sus partos. Estando en su hacienda, vió que una enferma que no podía desembarazar fué colocada sobre una gruesa frazada, con el objeto de mantearla, para que la criatura se acomodara bien. Cuatro musculosos negros tomaron las puntas de la frazada, suspendiendo á la enferma y sacudiéndola violentamente. Repuesta en su cama, desembarazó pocos momentos después, sin novedad alguna.

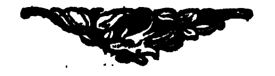
[2] Engelmann y Rodct. La practique des accouchements chez les peuples primitifs.

y consiguiente susto conseguian acelerar el parto; así también usabánse distintos procedimientos destinados á facil itar el alumbramiento, que con mucha razón los preocupaba, llegando algunos á obtener el objeto que se proponian, aunque expusieran sus enfermos á los mayores riesgos. En algunos pueblos (México) las mujeres de las clases bajas de lá sociedad esperan la expulsión de la placenta, en la misma posición en que se verificó el parto, esto es, de rodillas ó en cuclillas, sacudiendo violentamente á la enferma si la expulsión se retarda. En otros, (indios del Pacífico) hacen presiones más ó menos violentas y rudas sobre el abdomen para despertar las contracciones; operación que se realiza, abrasando la enferma por la espalda, de modo que las manos caigan sobre el vientre, para ejercer con ellas la fuerza necesaria para la expulsión. En muchas tribus (Penimoneos), se hace la expresión manual combinada con las tracciones del cordón y en no pocas (los sioux) se consigue eliminar la placenta por medio de la compresión que hace la misma paciente, por medio de un cinturón (the squaw belt) que ajusta más y más manteniéndose de pie, con las piernas separadas, hasta conseguir su objeto; y así, como éstas, existen otras muchas prácticas, que no es preciso consignar porque las apuntadas bastan ya para comprobar que en todas las épocas, y en todos los pueblos, la retención, ha sido y es mirada como un peligro que se han esforzado en conjurar con oportunidad, valiéndose para ello de recursos que solo el instinto ó sentido común podían sujerir.»

Afortunadamente los adelantos de la medicina cada vez más asombrosos han preparado procedimientos más racionales, más humanos, más científicos, que ayudados de la prácticas modernas de antisepsia contribuyen á conjurar esos peligros. «*Dischiuso che sia el feto dal cacere materno la pla-*

centa ha terminato il suo ufficio essa piu non appartiene ne alla madre ne alla prole, é percio si rende qual corpo estraneo onerosa alla natura» ha dicho Asdrubali (1) y en ese hermoso concepto expresa cuanto convendría decir para evidenciar el papel que juega la placenta retenida, como fuente de peligros que la medicina moderna se encarga de evitar y combatir, salvaguardando los más caros intereses sociales: LA SALUD Y LA VIDA.

En el presente trabajo nos ocuparemos especialmente del tratamiento de las RETENCIONES PLACENTARIAS,—tema único y principal de esta tesis—propendiendo á establecer, si es posible, la conducta del médico, frente á frente en un caso de esta especie; pero como quiera que, debemos dar la razón de las retenciones, estudiaremos en algunos capítulos preliminares su— MECANISMO, CAUSAS, MODALIDADES Y ACCIDENTES.



[1] Cuzzi—Tratt· gent. di octetr. Roma 1812.

Concepto de retención
Medios de fijeza del huevo

Antes de abordar el estudio de cada una de las cuestiones, que debemos tratar, conviene fijar bien el alcance que damos á la palabra retención.

Hablando con propiedad, ella existe, desde el momento que ha tenido lugar la expulción del feto pero no de la placenta. Ahora bien; el tiempo que separa estas dos operaciones es muy variable, depende de muchas circunstancias en el parto de término y, muy especialmente en el aborto, pues si en aquel debe tenerse en cuenta la fuerza de las contracciones uterinas: el volumen de la placenta, el estado del cuello y aún la presentación; en el aborto, aparte de las citadas condiciones, tendremos en mira las muy especiales que nacen de las vinculaciones mas ó menos estrechas que se establecen entre el huevo y las paredes uterinas, en las distintas edades del embarazo.—Estas condiciones se repiten siempre iguales, para determinada época, y las dificultades de eliminación de los anexos, se repetirían siempre en los abortos de la misma edad, si no las hicieran tan variables las circunstancias primeramente anotadas y muy particularmente la mayor ó menor fuerza de las contracciones.

Gueniot fundándose en la anatomía fisiológica de la preñez y prescindiendo de toda otra consideración, ha creído que debe tenerse como retenida, toda placenta que no se elimina en determinado tiempo, variable según la edad del embarazo; para él, la no expulsión es normal hasta las 48 horas en el aborto de dos meses, y anormal después de 24 horas al tercer mes y de 6 á 12 horas al quinto.

De conformidad con las ideas que acabamos de expresar, sería necesario que trascurriese un cierto tiempo después del aborto ó parto, sin que se realice el alumbramiento para que exista retención; pero como ese intervalo de tiempo es difícil de precisar, porque no siempre es fácil conocer exactamente la edad del embarazo, y por otra parte, los accidentes por retención se inician en tiempo variable, y es desde ese momento, que la retención se hace verdaderamente interesante, porque desde entonces la necesidad de intervenir se impone; parece pues, natural incluír en el concepto de retención los casos en los cuales la placenta no ha sido eliminada, pero se inician accidentes, cualquiera que halla sido el tiempo trascurrido desde la expulsión del feto. Así será sin duda, más vasto el concepto de retención, pero será un concepto más clínico, porque es indudable, desde el punto de vista operatorio, que la iniciación de un accidente es motivo de intervención inmediata; y por consiguiente debe considerarse como de retención, todo caso en que se inician accidentes hemorrágicos ó septicémicos antes de haberse expulsado la placenta ó anexos del huevo.

No puede sin embargo, en ciertos casos, dejar de limitarse en el tiempo, el momento en el cual, la no expulsión de la placenta deba estimarse como retención; se observa, en efecto, con relativa frecuencia, que los anexos del huevo y hasta una placenta entera pueden permanecer en el útero después de un aborto, por días y semanas sin que hallan manifestaciones hemorrágicas ó septicémicas, y sin que esto obste para considerarlas como verdaderas retenciones, en que la necesidad de intervenir se impone con tanta ó mayor fuerza, como en las retenciones con accidentes inmediatos; pues de ese estado en apariencia tranquilo é inocente, se derivan,

como veremos oportunamente, accidentes lejanos tan graves ó peligrosos como aquellos. El útero, además, trascurrido cierto tiempo, tiende á cerrarse, aprisionando la placenta, y en este como en los otros casos, debe considerarse la placenta retenida. De todo lo expuesto, se desprende, pues, lógicamente, que en la interpretación clínica de la retención, deben comprenderse los casos en que, la placenta no siendo eliminada se inician accidentes, ó trascurre un plazo variable entre 2 y 24 horas según la edad del embarazo, durante el cual el cuello del útero amenaza cerrarse.

El término retención, que venimos usando, expresa, bien la idea cuando se refiere á las interrupciones de la preñez desde el momento en que existe placenta (fin del 3er. mes); pero el uso la limita sólo al parto prematuro ó de término reservando el de aborto incompleto, para significar el accidente retención en toda la época en que el feto no es viable. —Es en nuestro concepto muy bien empleado este último término; és por lo menos, mucho más genérico, y quedan en él comprendidas no solo las retenciones á partir del 4° mes, sino las que se refieren al primer trimestre, en que no existe propiamente placenta, y en que los productos retenidos son los restos del huevo, el embrión ó sus anexos.

Fijado el alcance que damos á los términos retención y aborto incompleto, vamos á estudiar, tan suscintamente como lo exije la circunstancia de no ser éste el objeto principal de nuestro trabajo, las condiciones anatomofisiológicas, que presiden el desarrollo del huevo, especialmente de la placenta y membranas, que nos darán la clave de buen número de retenciones.

En el embarazo de término, todo contribuye á facilitar el alumbramiento; el huevo y el útero, no tienen entre sí en esa época otro vínculo que el de la placenta, que merced á su estructura especial, á la soldadura que se establece entre las caducas uterina y fetal y la separación que se hace entre la caduca uterina y el tejido de este órgano, facilitan su desprendimiento y expulsión.

En las otras estapas del embarazo, las cosas no están dispuestas para una eliminación tan completa y fácil; vamos, por eso, á describir á grandes rasgos los medios de conexión del huevo y el útero durante la gestación: Alojado el óvulo fecundado en uno de los repliegues de la mucosa uterina, las primeras modificaciones que en él se pasan, son puramente interiores, los de fragmentación y formación de hojas del blastodermo; durante este trabajo que ocupa casi dos ó tres semanas, el óvulo no tiene otro sostén que las vellosidades de la membrana vitelina y el repliegue mismo de la mucosa que lo anida; esa fragilidad de vínculos explica cómo pasan desapercibidos los abortos en ese tiempo. A partir de la tercera semana cuando la yema alantoidea comienza á germinar para formar en la porción extraembrionaria el corion definitivo, del que parten pronto ramificaciones vasculares que ocupan el centro de las vellosidades, es que el óvulo tienen medios de sostenimiento más eficaces. Estas vellosidades vasculares formadas en el curso del segundo mes están destinadas á atrofiarse y caer en el curso del tercero, excepto en el punto del contacto del óvulo con la matriz, en que toman mayor desarrollo contribuyendo á formar la placenta; por manera que, es solo al fin del tercer mes que este último órgano está constituído, asegurando así, la vitalidad y sostenimien-

to del huevo. Los vínculos que hasta esa época son como hemos visto débiles al principio, van consolidándose gradualmente, por medio de las vellosidades coriales, las ramificaciones vasculares y la placenta, por último, que es la que dá al huevo el medio de fijeza más estable. Estas circunstancia nos explicarán como durante la época precedente á la formación placentaría los abortos son fáciles y se hacen en un solo tiempo.

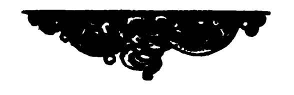
El útero contribuye por su parte á asegurar también la estabilidad del huevo; desde que este órgano alberga un óvulo fecundado, su mucosa comienza á germinar, los dos relieves que limitan la depresión en que descansa el óvulo,crecen poco á poco siguiéndolo en su desarrollo hasta envolverlo completamente, formando así la caduca ovular. Desde entonces el huevo crece con esta nueva membrana de envoltura, pero manteniendo durante todo el primer trimestre perfecta y completa separación entre esta envoltura y la que reviste la pared uterina. Durante este período los abortos se hacen casi siempre en dos tiempos y estos medios de fijeza más sólidos entonces, hacen el aborto incompleto relativamente más frecuente que en el primer semestre.

Es solo durante el cuarto mes que el óvulo se encuentra sostenido de todas partes por la pared uterina; á partir de esa fecha es que estas dos cubiertas, ovular y uterina, se ponen en íntimo contacto, desapareciendo el espacio que la separaba, fusionándose lentamente hacia el fin del segundo trimestre en que constituyen una sola y única envoltura.—En esta edad del embarazo, existen pues, vínculos estrechísimos entre el producto de la fecundación y el útero, no solo por la placenta que ya está suficientemen-

te desarrollada, sino á causa de la soldadura de las dos caducas, que hacen, así como un solo cuerpo del huevo y del útero. Los abortos en dos tiempos son de regla en este caso y las retenciones placentarias casi obligadas.

Afortunadamente, á partir del quinto mes se inician los fenómenos preparatorios de la gran función materna, el parto, operándose al efecto, una transformación en las células de la caduca uterina que marcan el punto de separación entre la parte de la caduca uterina que debe eliminarse con el huevo y la que debe persistir para regenerar su mucosa.--Este trabajo que comienza lentamente en el quinto mes, como hemos dicho, se completa solo al final del noveno, aproximando así los abortos de esa época á los partos fisiológicos ó de término; dándonos al mismo tiempo, la razón de ciertas retenciones placentarias durante el tercer trimestre cuando ese trabajo de separación de la caduca uterina se retraza ó hace anormal.

Estas lijeras consideraciones explican, pues, cómo los abortos incompletos son excepcionales en los dos primeros meses, frecuentes del tercero al quinto mes, y muy raras las retenciones al partir de esa época, en que el aborto se asemeja al parto de término.



Mecanismo de las retenciones

La clínica enseña, día á día, que los abortos al principio de la preñez se verifican en block, se hacen en un sólo tiempo.—La mujer en esta época, vé aparecer una hemorrágia que toma como una regla retrazada, no le dá importancia, continúa entregada á sus ocupaciones, hasta que es sorprendida por la expulsión de un cuerpo extraño, que constituye íntegramente el aborto; el percance ha llamado su atención únicamente por venir acompañado de lijeros dolores y la expulción de algunos coágulos.—Y es natural que así suceda, ya hemos visto en el capítulo anterior, cómo son frágiles los medios de fijación del huevo en el útero, en los primeros tiempos del embarazo; las vellosidades coriales le dan un sostén movedizo é inestable, de modo que, si una hemorrágia se produce por una causa cualquiera, esos vínculos quedan rotos y el huevo convertido en cuerpo extraño, oneroso á la naturaleza debe ser eliminado: para ello el útero se entreabre ligeramente y el huevo es arrastrado por los coágulos, entrando después todo prontamente en el orden, de modo que puede pasar á veces inadvertido.

En ciertas ocasiones, las cosas no se realizan con tanta facilidad; si en vez de ser la hemorragia la que abre la escena como en el caso anterior, las contracciones uterinas preceden á la hemorragia, entonces, el huevo se desprende paulatinamente, el trabajo es más prolongado, los dolores son más fuertes, y la mujer se dá mejor cuenta del hecho. En este caso el útero se entreabre también lijeramente, el tacto permite tocar el huevo y los coágulos que llenan la matriz aumentan el volumen del útero que desciende á causa de las contracciones, distendiendo los fondos de sacos vaginales.

Mientras el huevo sale íntegramente no deja tras de sí huella alguna, y el aborto ha concluido; pero sucede á veces, y esto desde las primeras semanas del embarazo, que la salida de sangre, la hemorragia, es de bastante consideración y las contracciones suficientemente fuertes para producir la ruptura del huevo que en este caso es arrojado hecho jirones, y por lo mismo la retención es posible, revelándolo su cortejo habitual de accidentes. Muy difícil es en este caso, comprobar por el examen de los trozos expulsados, si el huevo ha sido arrojado íntegramente ó si algunos restos han sido retenidos: son los accidentes que pronto se inician que lo ponen en evidencia.

Aquí un caso:

Obs. I.—La Sra. N. de M. domiciliada en el Callao, calle de . . . . tuvo un aborto que me mostraron al dia siguiente; no pude determinar en el examen que hice si el huevo estaba completo, porque estaba roto, pero los dolores y la hemorragia habían desaparecido; por el tacto comprobé que el cuello estaba cerrado; me retiré después de ordenar reposo y cuidados de higiene. A partir de la siguiente mañana, la enferma comenzó á perder un poco de sangre, que no cedió al uso de inyecciones vaginales é intra-uterinas calientes, continuando en esa condición por diez ó doce días, lo que me hizo pensar en una retención parcial del huevo, circunstancia que expuse á la familia, proponiéndole hacer la *toilette* de la matriz, á que se resistieron hasta que una hemorragia de bastante consideración de que fué atendida por otros facultativos por ausencia mia de la localidad, obligó á la familia á someterse á mis indicaciones. Procedí èntonces al curetaje ayudado por el Dr. B. y mí interno Sr. del Campo. Al recorrer el suelo de la matriz con la cureta noté una aspereza, arrastrando un colgajo del huevo que había quedado adherido allí. Desde ese momento las hemorragias cesaron y el restablecimiento de la enferma fué rápido.

Los antecedentes tomados comprobaron que ese aborto era apenas de tres semanas, circunstancia que hace, para mí, interesante este caso, ya

porque revela que desde las primeras semanas pueden hacerse retenciones, cuanto porque yo no extraje con el raspado la caduca uterina, sino que me limité á practicar su toilette, pasando suavemente la cucharilla hasta encontrar el cuerpo extraño, que eliminado hizo desaparecer todo accidente.

Continuando ahora con el estudio del mecanismo de las retenciones, hablaremos de los abortos que ocurren después de las primeras semanas, y sobre todo en el curso del tercer mes, en que el aborto se hace algunas veces en dos tiempos; á la hemorragia que es de alguna consideración sigue el desprendimiento del huevo y el embrión se desprende, el cuello se entreabre ligeramente y por las contracciones el embrión se insinúa en el cuello y sale gracias á sus pequeñas dimensiones; el cuello reacciona en seguida cerrándose nuevamente, apricionando los restos del huevo amnios y caduca en la cavidad uterina, haciendo necesario un nuevo trabajo, y contracciones eficaces para expulsarlas, operación que á veces se prolonga largo tiempo, exponiendo á la enferma á los más serios contratiempos. En esa época el aborto solo ó con sus envolturas, queda algunas veces retenido en el cuello, que se retrae antes de su expulsión, tomando entonces, el aborto, la forma de un cono engastado por su vértice, engrosándose la porción que queda dentro del útero y sin compresion alguna, hasta que se interviene ó lo expulsan nuevas contracciones.

A medida que se observa un aborto de más tiempo, las cosas se hacen más difíciles, más complicadas y eso ocurre con los abortos que sobrevienen en el curso del segundo trimestre, época verdaderamente interesante porque es la más propicia para las retenciones placentarias. En esa edad, el aborto que en el primer trimestre se hace excepcional-

mente en dos tiempos, es entonces de regla y solo por excepción se hace en block, sobre todo, cuando se trata de feto muerto y macerado. El aborto en el segundo trimestre, iniciado con hemorragia ó con contracciones, obliga la dilatación del cuello y la expulsión del feto se verifica con cierta facilidad; los coágulos franquean suavemente el canal cervical siguiendo poco después la placenta y membranas cuando están deprendidas, que en caso contrario, quedan aprisionados porque el cuello se restablece y cierra. Esta retención se prolonga por días y meses hasta que nuevas contracciones producen su expulsión. Durante esta época, ya lo hemos dicho en otro lugar, los vínculos que unen el huevo y el útero son muy estrechos, la placenta está sólidamente adherida y la soldadura de las dos caducas es completa, de modo que la retención es cosa fácil.

Por fuera de estas consideraciones de bastante peso yá, existen otras que facilitan la retención aún en el caso de estar desprendido el huevo.—La placenta en efecto, hasta el 5.° mes, tiene un volúmen y peso superior al feto.

Hoeckel (1) dá á este respecto una tabla comparativa muy interesante.

	Feto.	*Placenta.*
3er. mes . .	11 gramos.	36 gramos.
4.° id. . .	55 id.	80 id.
5.° id. . .	273 id.	178 id.

Como se vé del 3er. al 5.° mes la placenta tiene un volúmen superior al del feto; á partir de esta última fecha es que el peso de éste supera al de aquel.—Se comprenderá ahora cómo la abertura del cuello del útero que permita la expul-

[1] Colomby.—Recherches sur la retention du placenta dans l'abortement.

sión del feto hasta el 4.° mes inclusive no será suficiente para el paso de la placenta, y por lo mismo la facilidad con que ésta será retenida.—Hay mas todavía que explicaría la facilidad con que se hacen las retenciones en el 2.° trimestre. «La estructura muscular del útero, dice Colomby (1) ciertamente más acentuada y menos rudimentaria que en las primeras semanas de la preñez, no es sin embargo en esa época tan completa, ni su contractilidad tan poderosa como al fin; sus contracturas prematuras y débiles, suficientes para romper el huevo no lo son para luchar contra las adherencias de la placenta á la pared uterina y la rijidez del cuello» y esto por razones muy claras,—la disposición anatómica del cuello no ha sufrido en esa época las modificaciones y reblandecimiento que facilitan su dilatación; su extructura fundamental (sobre lo que no hay acuerdo todavía, pues mientras para Helie Kreitzer de San Petesburgo, Waldeyer y Aconcci, el tejido dominante es el elástico para otros con Kiffer, Tieux y Wert es el elemento muscular) es lo cierto, y esto lo enseña la clínica, que el cuello vá sufriendo profundas modificaciones durante el embarazo, que permiten su fácil dilatación al término de la preñez, ofreciendo en los primeros tiempos una dureza y resistencia dificil de vencer.—Parece que la naturaleza hubiera preparado al útero para ofrecer resistencias á su evacuación en toda época que no sea la apropiada para asegurar la viabilidad del feto!

[1] Loc. cit.

Causas de las retenciones

Encierra una profunda verdad que la clínica confirma día á día la gráfica comparación aquella de Mauriceau «como cae con facilidad la fruta del árbol cuando está madura, y dificilmente se separa cuando está verde, así la mujer que aborta tiene un alumbramiento más dificil que cuando tiene un parto de término.»—Las conexiones que normalmente se establecen entre el huevo y el útero durante la gestación, constituyen una serie de obstáculos para la fácil expulsión de los anexos; esos vínculos son pues origen de retenciones que llamaremos con Gerbaud anátomo-fisiológicas, en oposición á las que se derivan de las modificaciones anormales del útero ó el huevo, llamadas por eso patológicas.

Algunos autores agregan un tercer orden de causas, las dependientes de asistencia defectuosa, maniobras inconvenientes ó administración de medicamentos, casi siempre dañosos, pero que nosotros no consideraremos porque están llamadas á desaparecer.—Nunca será en efecto, suficientemente reprochable la conducta de médicos ó parteras que rompan las membranas con el fin de acelerar los abortos ó administran remedios, como el correzuelo, con el propio fin, y cuyo efecto es completamente opuesto al que se busca, ocasionando retenciones.

Causas anátomo-fisiológicas

Entran aquí en primer término la estructura del útero y las condiciones anatómicas del huevo.

La estructura anatómica del útero que en estado de vacuidad es casi esencialmente fibroso, por cuanto que, las

fibras son de pequeña dimensión y revelan apenas propiedades contractiles, se modifica profundamente en el estado de gestación, para adquirir en la época de término un desarrollo completo, colocándose en aptitud de corresponder á la nueva función que debe desempeñar.—Se verifica durante ese tiempo, no solo la hipertrofia de los elementos existentes sino formación de otros nuevos, que como aquellos, adquieren en su desarrollo, una estriación evidente, que las coloca en situación ventajosa para sus nueva función, con motivo del parto. Durante la preñez, dice Tarnier, las contracciones son más y más poderosas á medida que se acerca el término de la gestación; si el útero, pues, en estado de vacuidad y en razón de su estructura eminentemente fibrosa tiene propiedades contractiles que van adquiriendo mayor fuerza en el curso de la preñez, para alcanzar todo su poder al noveno mes, se comprende como en las interrupciones del embarazo, las dificultades para la eliminación de los anexos han de ser tanto mayores cuanto más se alejen del término de la preñez, en que esa contractilidad es cada vez menos sensible.

En EL SEGMENTO INFERIOR DEL ÚTERO se operan también modificaciones durante la preñez, en virtud de las cuales sus paredes se adelgazan y reblandecen contribuyendo á facilitar la dilatación del orificio uterino; por manera que, en cualquiera época en que estas modificaciones no hayan tenido tiempo de realizarse, ó no se hayan completado, constituirán un estorbo para la fàcil expulsión de las secundinas.

EL CUELLO que al principio de la preñez es suficientemente rígido y de longitud considerable se modifica reblandeciéndose gradualmente al igual que el segmento infe-

rior, para ceder fácilmente al final del embarazo; pero oponiendo resistencias, tanto más difíciles de vencer, cuanto más se alejen del fin de la preñez.

En cuanto á LAS CONEXIONES DEL HUEVO casi nada debemos agregar á lo que tenemos dicho: durante los dos primeros meses no hay placenta, las vellocidades coriales dan al huevo un medio de unión inconsistente y las relaciones inter útero-placentarias no tienen suficiente solidez, de modo que las retenciones en esa época sobrevienen solo excepcionalmente y cuando el huevo ha sido roto. En el tercero y cuarto mes, los abortos se hacen en dos tiempos, como en el quinto y sexto, pero para esa época la placenta existe yá y las conexiones que ésta le dá son más sólidas y por consiguiente su eliminación es más difícil.

Otra de las causas de retención es el VOLÚMEN DE LA PLACENTA, que como ya hemos dicho en nuestro primer capítulo, antes del quinto mes tiene un volúmen y peso superior al del feto; de modo que, no puede fácilmente eliminarse por la abertura que ha dado paso al embrión ó feto, debiendo quedar retenida si no sobrevienen nuevos y poderosos esfuerzos de la matriz.

Para muchos LA INSERCIÓN VICIOSA DE LA PLACENTA es causa también de retención, y aún cuando el asunto no está suficientemente resuelto, en nuestro concepto no se puede negar que la placenta en esta condición escapa un tanto á la eficacia de las contracciones uterinas que son las que determinan su desprendimiento.—Para Rambaud (1) la contracción uterina aplicando una contra otra las caras anterior y posterior de la matriz, produce el adosamiento de la cara fetal de la placenta sobre la cara análoga de la otra mitad;

(1) Citado por Gerbaud.

el disco placentario se encontrará, entonces, fuertemente comprimido, pero no será obligado á desprenderse.—La inserción viciosa de la placenta será, según esto, un motivo de retención.—No todos piensan sin embargo del mismo modo y Outrepont y Scanzoni, haciendo la clasificación de las placentas insertadas viciosamente, consideran entre éstas, las que se insertan en los bordes de los orificios de las trompas en las que jámás se ha observado retención.—Esta opinión nos parece un poco exagerada, porque el Dr. Fromel (1) de Erlangen «ha observado en el curso de estos últimos años seis casos de una afección uterina revelada clínicamente por un dolor penoso en un mismo sitio de la cavidad pelviana, en que el exámen ginecológico reveló la existencia de una zona muy sensible á la presión en la proximidad de uno de los ángulos tubo-uterinos. En estos casos, todos consecutivos á abortos, el histerómetro provocaba un dolor muy vivo en ese sitio, en que la mucosa uterina estaba manifiestamente rugosa, y el curetaje hecho en todos los casos, reveló que la mucosa uterina no presentaba alteraciones morbosas más que en ese sitio, en que estaba engrosada y contenía gruesas células, análogas á las que se encuentran en la caduca, razón por la cual, el autor piensa, que se trataba de una endometitis circunscrita, resultante de la involución incompleta de la zona de inserción placentaria». Lo único pues, que puede admitirse como lo pretende Gerbaud es, que en el aborto como en el parto, el desprendimiento y expulsión de la placenta, se verificarán tanto más fácilmente, cuanto que ésta sea mejor dispuesta para que las fibras uterinas puedan actuar sobre ella directa y eficazmente.

(1) Gazeta hebdomadaria de Medicina y Cirujía N.° 78, año 1900.

Existe por último una disposición especial de la placenta que la predispone para ser retenida; nos referimos á la PLACENTA SUBCENTURIADA, ó sea aquella en que, los cotiledones están bien separados, y se comprende con cuanta facilidad, una placenta así tan espaciada puede en el parto, y muy especialmente en el aborto, escapar á la acción eficaz de las contracciones.

Causas anátomo-patológicas

Acabamos de estudiar las causas de retención derivadas de la falta de poder de la matriz, ó de las relaciones normales entre el huevo y el útero, que son, como hemos visto, bastante numerosas para amenazar la vida de la mujer en la interrupción de un embarazo normal y vamos ahora á ocuparnos de otro género de causas, que localizadas en el útero, en la placenta ó el huevo, pueden originar el mismo accidente.

LAS ANOMALÍAS EN EL TRABAJO durante el aborto dependientes de falta de desarrollo de la fibra muscular uterina, LAS DESVIACIONES DE LA MATRIZ, sobre todo las retroflexiones y retroversiones dan márgen al accidente retención, ya por que las contracciones no son en el primer caso, suficientemente poderosas para arrojar la placenta al exterior, ya porque en las desviaciones citadas necesita también desplegar un mayor esfuerzo, y la matriz es impotente.

LAS CONTRACCIONES ESPASMÓDICAS de todo ó de una parte del útero, cuya influencia se deja sentir, sobre todo después del parto, produciendo los encarcelamientos y engastamientos placentarios, se dejan sentir también en el aborto sobre todo del quinto y sexto mes en que el tejido uterino ha adquirido un cierto desarrollo y poder.

No deberemos excluir de aquí, las retenciones que se observan por RAPIDEZ EN EL TRABAJO del aborto y del parto.— Gueniot dijo yá: «expulsión de feto brusca, alumbramiento retardado» y la clínica parece enseñar que es indispensable cierta lentitud en el trabajo, preparando el reblandecimiento y dilatación del cuello, para facilitar entonces el desprendimiento y expulsión de la placenta; todos sabemos prácticamente la frecuencia con que después de una versión, el médico se vé obligado á hacer la extracción manual, porque el desprendimiento de la placenta es muy lento y sus engatillamientos muy fáciles y frecuentes.

LAS LESIONES PATOLÓGICAS del útero: los neoplasmas y las metritis contribuyen también á favorecer las retenciones. Aún cuando el hecho no está bien comprobado parece que los neoplasmos colocados en el segmento inferior, entraban la fácil expulsión de los anexos, no solo estrechando la vía que deben recorrer, sino que favorecen la adherencia de la placenta, cuando ésta se inserta en la proximidad del punto de implantación de una fibroma. La adherencia en cambio, es cosa facil y está bien comprobada no solo para la placenta sino también para las membranas, en las diversas formas de metritis. Este proceso cuando se localiza en su mucosa, predispone no solo al aborto sino también á las retenciones placentarias entrabando la evolución normal y desarrollo de las caducas, que entonces se adhieren sólidamente en ciertos puntos más enfermos de la mucosa.

Las retenciones placentarias, con adherencias más ó menos firmes de este órgano ó las membranas son muy de temer en los abortos ó partos de ciertas metríticas, que han podido soportar el embarazo por plazo más ó menos largo.

Yo recuerdo á este propósito un caso que me parece interesante reasumir aquí:

Obs. II.—Sra. R. de N., de 22 años, padecía de una metritis crónica; sus reglas eran muy dolorosas y se quejaba continuamente de un dolor que refería siempre sobre el pubis y un poco á la derecha de la línea media hacia hácia uno de los cuernos uterinos. Al año de casada tuvo un parto de término, después del cual trascurrió una hora sin que el alumbramiento se realizara, á pesar de haber tentado los procedimientos recomendados para ese caso; y como la palpación me revelara una contracción irregular de la matriz, vime obligado á intervenir, pudiendo entonces comprobar que la placenta estaba ya desprendida, pero las membranas permanecían adheridas en el ángulo derecho y superior de la matriz, en cuyo sitio, la contracción irregular del músculo uterino encerraba la zona donde las membranas estaban adheridas: con poca dificultad pude pasar el anillo extrangulado y desprender las membranas terminando el alumbramiento, después de lo cual se hizo una irrigación intra-uterina bien abundante. Su puerperio fué normal.

En este caso no podía pensarse sino en la metritis localizada como causa de la adherencia de las membranas, pues esto ocurrió precisamente en el mismo sitio á que la enferma refería siempre su dolor.

Mal estudiadas son todavía las alteraciones de la placenta, desde el punto de vista de su diagnóstico, pero se está perfectamente de acuerdo en que ellas predisponen á la retención, porque una placenta degenerada, es una placenta que casi siempre se adhiere á la pared uterina, tanto durante el parto como el aborto. Se han emitido al respecto muchas teorías y Simpson, Brachet y Outrepont, han abordado la solución del problema sin resolverlo. Hase dicho que el papel principal para la adherencia corria á cargo del proceso inflamatorio que se despierta en la zona inter-uterina placentaria ó fetal, corriendo la adherencia, por cuenta de los exudados, que se forman entre las dos placentas, ó por coágulos apopléticos que se organizan. Cual

quiera que sea la índole del proceso primitivo, es lo cierto que, el exudado ó los coágulos, son siempre un estímulo que favorece y hace la adherencia. Poco nos importa, en efecto, que el punto de partida esté en uno ú otro punto; los exámenes histológicos han revelado alteraciones ya de la caduca uterina, ya de la refleja ó útero placentaria, y esto que es lo que nos interesa desde el punto de vista clínico; revela que la alteración de uno ó de varios de estos elementos conducirán al mismo fin, la adherencia de la placenta.

Las bellosidades coriales pueden como la placenta, experimentar una serie de transformaciones, celulares (calcárea, caseosa ó grasosa,) su hipertrofia simple ó degeneración quística y en todas ellas, estas transformaciones establecerán una adherencia anormal ó una verdadera fusión, cuyo resultado clínico no puede ser otro que una retención placentaria. En las transformaciones de la placenta en mola común ó vesicular, se afirman los medios de unión con la matriz.



Modalidades

La placenta retenida puede serlo total ó parcialmente. La parte ó totalidad que ha sido retenida puede estar desprendida ó adherida, y en este último caso, totalmente adherida ó adherida en parte y desprendida en la otra.

Los casos en que la placenta está desprendida, son los más frecuentes tanto en los partos de término como en los abortos; y entre estos últimos, muy especialmente en los que tienen lugar en el tercer y cuarto mes.

Dos causas principales hacen que una placenta desprendida no sea eliminada: 1.° por la debilidad de la contractilidad uterina, ó cansancio de la matriz, según se trate de abortos ó partos respectivamente, y 2.° por su volúmen, que aún siendo normal es en los abortos que se realizan antes del quinto mes siempre superior al volúmen del feto.—La placenta desprendida, á causa de su poca resistencia, se amolda á la forma del útero, y por eso, cuando es eliminada, reproduce la de este órgano. Cuando su eliminación no se realiza, la placenta se putrefacta rápidamente á causa del acceso del aire exterior, lo que se traduce por el olór fétido de los loquios; pero si las condiciones en que se mantiene á la enferma son las de asepsia rigurosa, por medio de inyecciones vaginales antisépticas, puede eliminarse al cabo de algún tiempo arrugada, presentando con frecuencia los vestigios de una depresión circular, resultado de su constricción por el cuello, pero sin que su permanencia haya repercutido sobre la salud general.

No siempre la placenta se elimina íntegra; con frecuencia se disgrega y es arrojada por pequeños trozos ó granulaciones grises, arrastrados por los líquidos usados en la desinfección.

A pesar de los más prolijos cuidados de desinfección, la mujer que tiene una placenta retenida y desprendida está expuesta á los más sérios accidentes de infección, á causa del fácil acceso de los gérmenes del exterior.

Si la placenta retenida queda adherente, los peligros de infección son menores durante el tiempo que permanece adherida; en esa condición puede vivir mucho tiempo en la cavidad uterina para ser arrojada en época muy variable y casi intacta; entonces su nutrición no es muy activa, porque se interrumpe la circulación útero-placentaria, pero se sostiene por una especie de imbibición análoga á la que sostiene al huevo belloso cuando llega al útero, según la expresión de Gerbaud.

Cuando la placenta queda adherida, la mujer pierde durante un cierto tiempo un poco de sangre, después un líquido lijeramente sanguinolento, que desaparece poco á poco entrando aparentemente todo en el orden, hasta que una hemorragia de más ó menos consideración anuncia su desprendimiento. La placenta, si esto sucede en plazo relativamente corto, está perfectamente conservada, fresca, rosada y sin olor alguno; pero cuando su permanencia en el útero se prolonga, su aspecto cambia: es menos voluminosa, más retraída, como apergaminada y de un color gris más ó menos pronunciado. Clínicamente, una placenta adherida no se revela por accidentes inmediatos graves, siendo entonces más de temer los accidentes lejanos, especialmente los pólipos placentarios y molas, de que nos ocuparemos al estudiar los accidentes de la retención.

¿Cual es la suerte de una placenta que se mantiene retenida y adherida? Se ha sostenido su absorción, su eliminación expontánea en forma de exfoliación insensible y sus transformaciones múltiples.

Su absorción, sostenida por Gillemeau, Nœgele y admitida sin reserva por Velpeau, Paul Dubois, Jaquemiere, ha sido impugnada con calor por Grusson, Chalier y otros que han demostrado con acopio de argumentos la imposibilidad de su absorción y la facilidad con que puede quedar retenida por mucho tiempo sin provocar accidentes, para ser después íntegramente eliminada; «su absorción, dice Chalier, no puede hacerse, porque ni está probado que la mucosa uterina sea susceptible de efectuarla, ni la observación de los hechos señalados es completa, porque la expulsión de la placenta, sobre todo después de una estadía prolongada en el útero, ha podido pasar desapercibida, ya arrastrada por los líquidos pútridos, ó en fragmentos tomados por coágulos sanguíneos». La absorción de la placenta no puede pues estimarse como una de las terminaciones de la retención con adherencias, quedando en pié por hoy, su eliminación en plazo mas ó menos largo, su exfoliación insensible ó su transformación en productos patológicos.

Por último, los casos de retención en que una parte de la placenta está adherida y la otra desprendida, son particularmente interesantes por su gravedad; son estos los casos en que se observan los dos grandes accidentes de la retención, hemorragias y septicemias. Jaquemiere ha dicho, «si la placenta se desprende poco á poco, la descomposición pútrida invade sucesivamente las partes desprendidas, de modo que cuando es expulsada presentará partes mas ó menos frescas y otras en un estado de putrefacción mas ó menos avanzado». En los casos de placenta adherida solo parcialmente, la parte desprendida estimula la matriz, á cada contracción uterina corresponde una hemorragia que será tanto más frecuente repetida y abundante á medida que avanza su desprendi-

miento. Esta forma de retención es acompañada casi siempre y simultáneamente de las dos grandes complicaciones del aborto que acabamos de señalar de tal modo que, la coexistencia de síntomas hemorrágicos y septicémicos, harán fácilmente sospechar esta forma de retención. Secomprende, en efecto, cómo un útero lleno de coágulos, en que el acceso de aire es fácil, la parte desprendida entre rápidamente en putrefacción.

En cuanto á los casos en que una parte de la placenta ha sido eliminada y la otra queda adherida, se repitirán en ellos, los accidentes que hemos señalado ya, hablando de los casos de placenta parcialmente adherida en que se presentan las manifestaciones hemorrágicas y septicémicas sucesivamente.



Accidentes de la retención.

Son variados los trastornos á que dan lugar las retenciones placentarias; se inician inmediatamente unos y más remotamente otros, que son como aquellos, consecuencia de su estadía intra uterina más ó menos prolongada ó de las tranformaciones patológicas que experimenta una placenta aprisionada.

No haremos un capítulo especial de lo que se ha llamado retencion sin accidentes. Se ha creído, en efecto, durante mucho tiempo, que la placenta en determinados casos, podía permanecer en el útero por tiempo indefinido sin reaccionar sobre la salud general ó siquiera sobre el estado local. Se ha dicho, por ejemplo, que después del aborto, en algunos casos, el cuello se cierra, el útero disminuye el tamaño, desaparece todo dolor y la mujer se entrega á sus ocupaciones, conservando retenida una placenta sin que nada revele su presencia. Se atribuye este fenómeno á que la matriz no se contrae lo suficiente para producir el desprendimiento de la placenta, de modo que, continúa viviendo indefinidamente sin producir los accidentes obligados, ocasionar hemorragia ó septicemia, para eliminarse después de mucho tiempo, sin ocasionar trastornos de consideración. Jaquemiere ha observado el fenómeno después de un mes, Bauquenot después de dos, Ossiander después de tres y Chalier de 14, contándose entre estos, algunos en que hubo nueva fecundación y aborto, antes de la expulsión de la primera placenta.

Entre nosotros el hecho ha tenido ocasión de observarse con relativa frecuencia. Conozco algunos en que la placenta ha sido retenida por 30 días y he asistido recientemente á una enferma, en que se ha expulsado una placenta después de 29 días, de un aborto de cuatro meses, sin

que nada hasta entonces hubiera hecho sospechar la retención en el cual la expulsión de la placenta fué presedida de una hemorragia de escasa significación. Evolución tan silenciosa é inocente es sin embargo, excepcional, porque generalmente originan complicaciones hemorrágicas de bastante consideración, de tal intensidad á veces, que hacen necesaria y urgente la asistencia profesional.

Accidentes inmediatos

Entre los accidentes que acompañan al aborto cuando la placenta no ha sido eliminada, ninguno tiene tanta importancia, ni compromete tan rápidamente la vida de la mujer como la hemorragia. La pérdida de la sangre es á veces tan considerable, que la sangre sale en oleadas enormes de la vulva; su cantidad depende del grado de desprendimiento de la placenta, sobre todo, cuando esta ha quedado adherida en parte, porque entonces como dice Gerbaud «la parte adherida, impide al útero retraerse convenieniemente, quedando abiertos los vasos uterinos que sangran copiosamente». La mujer en esta condición siente sus fuerzas decaer rapidamente, acusa languidez en el epigastrio, sumbido de oídos; el pulso se hace pequeño, tiene síncopes, la cara palidece; parece que la vida se extingue y asi sucede con frecuencia, cuando no se completa el desprendimiento de la placenta expontaneamente ó se interviene con prontitud.—La situación en esos momentos es angustiosa, desesperante; el médico en tal situación debe intervenir, pero intervenir de toda urgencia; es este uno de los casos en que el partero con su actitud resuelta puede arrancar una vida de los brazos de la muerte.

El médico necesíta tener para estos casos suficiente serenidad de espíritu y debe proseguir resueltamente hasta eliminar la placenta, causa única del accidente, cuando después de haber tomado los datos necesarios llega al convencimiento de que la placenta no ha sido eliminada.—Decimos que el médico debe asegurarse de la permanencia de la placenta, porque no siempre la presencia de una hemorragia de tal magnitud depende de la retención; prodúcense en efecto hemorragias formidables por otros motivos: la inercia uterina, por ejemplo, en cuyo caso apelará á otros procedimientos.

No ha bastado el trascurso de los años, para borrar de mi memoria el recuerdo de un caso que apenas un año después de establecido en el Callao tuve ocasión de asistir.

Obs. III.—La señora de C. domiciliada en la calle de . . . . (Callao) de buena constitución y de 30 años más ó menos, después de 6 partos de término y sin contratiempo alguno en sus alumbramientos, ha tenido un aborto de 6 meses, saliendo el feto á las 2 p. m., la placenta no se había eliminado á las 7 p. m. hora en que fuí solicitado, porque la enferma había comenzado á perder sangre que iba aumentando considerablemente á punto de alarmar á la familia: cuando llegué, la enferma acababa de tener un sincope; se quejaba de languidez al epigastrio, su mirada era incierta y el pulso pequeño; pude convencerme entonces por la relación que se me hizo, que la placenta había sido retenida; tuve apenas tiempo para practicar los cuidados de desinfección más rudimentales, mi mano en la vulva sentía oleadas de sangre caliente y penetré al útero (la edad del aborto me lo permitía afortunadamente) el útero estaba distendido, mi mano recibía una lluvia de sangre de todas partes, pero pude cojer la placenta que estaba todavía adherida, desprenderla y extraerla con relativa facilidad. Eliminada la placenta, arrastrados los coágulos, la matriz reaccionó pronto contrayéndose sobre mi mano. Hice después una irri-

gación abundante de solución antiséptica (sublimado 1/4000), pudiendo en seguida atender al estado general de la enferma por medio de algunas inyecciones estimulautes. A partir de ese momento la enferma fué restableciéndose lentamente á causa de la anemia profunda en que había quedado.

En el caso citado, los antecentes eran bien claros; la edad del embarazo y la presencia del cordón en la vagina no dejaban duda alguna; pero hay otros, como decíamos hace poco, en que faltan estos medios de certidumbre y la presencia de una hemorragia, nos llena de dudas, cuando los datos que se pueden tomar no son bien ilustrativos y ciertos. Dos caracteres ayudan mucho para el diagnóstico: el dolor y la intermitencia de las hemorragias. El dolor es en efecto, casi siempre compañero de la hemorragia; y es natural que así suceda, puesto que los casos en que la hemorragia se presenta con cierta intensidad son aquellos en que la placenta está adherida en parte; y entonces, en cada contracción que determina el desprendimiento, hay dolor y hemorragia. En cuanto á la intermitencia de las hemorragias, es también una consecuencia del desprendimiento, que se hace poco á poco, con períodos de tiempo variables, produciéndose una hemorragia mas ó menos abundante en cada fase del desprendimiento. Aun en los casos en que la enferma pierde sangre de una manera continua, existen siempre crisis intermedias, en que las perdidas sanguineas son mas abundantes.

En la observación N.° 1, las hemorragias eran separadas por períodos de 2 á 3 días, en que cesaba toda pérdida sanguínea. Damos en seguida la historia de otra enferma en que las pérdidas sanguineas eran continuas y de vez en cuando una hemorragia mayor.

Obs. IV.—Sra. de T. inglesa, de constitución fuerte, de 28 años, ha tenido dos partos de término, en el último de los cuales tuvo una retención placentaria, por lo que fué operada en su país poco antes de venir al Perú. Desde esa época se ha quejado frecuentemente de dolores en el flanco derecho, pero que no le han impedido llevar la vida, siempre activa, propia de su raza. No ha tenido abortos ni perturbaciones en su menstruación.—Cuando vino á consultarme tenía ya tres meses de embarazo; todos los síntomas subjetivos y locales correspondían perfectamente á esa edad; me dijo entonces, que desde hacía dos dias, había comenzado á perder un poco de sangre, y que tenía algunos dolores, que atribuia á un largo paseo á caballo; le ordené reposo en cama y algunos enemas laudanisados.

Cuatro días después vino nuevamente á mi consulta: no había guardado cama, la sangre había aumentado considerablemeute la noche anterior, habiendo expulsado algunos coágulos; durante mi exámen, perdía regular cantidad; por el tacto, no pude tocar parte del huevo, pero el cuello uterino estaba lijeramente entreabierto y con el espéculo ví que entre la sangre salía del cuello un líquido claro y espeso que me pareció del amnios. Insistí en mis anteriores recomendaciones, reposo en el lecho, enemas laudanizados, exponiendo al esposo los peligros que podrían derivarse de esa falta de cuidados.—En esta condición regresó al Callao, sufriendo las sacudidas del tren. Al día siguiente, á pesar de que se puso en cama y se sometió á mis instrucciones, continuó perdiendo sangre y coágulos; los dolores habían disminuido cuando yo estuve á verla en la mañana; pero no pude comprobar si el aborto se había realizado, porque la familia no había guardado todos los paños y coágulos, y entre los que examiné no había partes del huevo; el útero estaba entreabierto, la mitad de la 1ª falange del índice penetraba bien.—El exámen de la enferma me dejó en duda sobre la vacuidad uterina de modo que insistí en los sedantes del útero y algunos astringentes. El día fué bueno, la sangre había disminuido, pero en la noche nueva expulsión de coágulos; después nueva calma y nueva hemorragia, y en esta condición se pasaron diez ó doce días, durante los cuales, la mujer perdía siempre un poquito de sangre y

tres ó cuatro hemorragias abundantes. En ninguna de ellas pude comprobar la expulsión del embrión ó anexos.

La enferma nunca tuvo fiebre y sus condiciones eran regulares á pesar de las repetidas pérdidas, por lo que había esperado hasta entonces; pero como esa condición no podía prolongarse indefinidamente sin acarrear peligro para la vida de mi enferma, y por otra parte el cuello estaba ámpliamente abierto que permitía pasar bien, con el índice el orificio interno, y las mayores probabilidades estaban porque el aborto se hubiera realizado pasando desapercibido; resolví hacer una exploración de la matriz. Con el histerómetro introducido suavemente, pude recorrer casi todo el útero comprobando su vacuidad; pero al pasar del fondo al cuello, recorriendo el suelo del útero (cara posterior) percibí una aspereza que hizo saltar el instrumento—Explicándome entonces por ese cuerpo extraño, la persistencia de las hemorragias, resolví hacer la toillete de la matriz que realicé al siguiente día en compañía de mi respetado maestro y amigo el Dr. Benavides, extrayendo con la cureta roma un colgajo del huevo de dos ó tres centímetros cuadrados, irregular, que sin duda habia quedado, después de roto el huevo y eliminado el embrión. Hicimos después un taponamiento de la matriz, practicando primero un buen lavado intrauterino (sublimado 1 × 4000). La involución uterina continuó bien, el cuello se ha cerrado, y la enferma restablecido. Veinticinco días después ha menstruado normalmente.

Otras veces la retención es silenciosa en apariençia, no hay infección, ni hay hemorragias ó son remotas, así lo aseveran también Mr. Clentok y Mundé. El profesor americano Thomas de New York (1) dice, que en algunos casos de retención el útero puede contraerse y pasar todo aparentemente bien por cierto número de días, al cabo de los cuales, se inician una ó varias hemorragias, con ocasión de un esfuerzo ó excitación mental, que siempre deben hacer pensar en una retención de placenta que obliga á intervenir. Cita

(1) New Yórk Medical Record 1884.

á este propósito un caso en que, al quinto día después del parto, una enferma tuvo una hemorragia, en que su médico usó sin resultado el cornezuelo, ácido tánico, ácido sulfúrico etc. A las dos semanas, nueva hemorragia copiosísima, que abatió mucho á la enferma, pero que desapareció antes que acudiera su médico que vió á la enferma en compañía de Mr. Thomas. « Llevé, dice, el notable tocólogo americano, una enfermera é instrumentos para dilatar el útero y hacer la remoción de los restos de membranas. El médico de cabecera, creía que nada existía en el útero porque él habia examinado la placenta muy minuciosamente, y no encontró en ella, solución de continuidad de ninguna especie; pero yo estaba seguro que algún resto de placenta permanecía en la matriz. La paciente fué eterizada, dilatado el cuello, introducida la cucharilla, se hizo la remoción de tres pedazos de placenta, del tamaño cada uno de la última falange del dedo índice.»

El caso de la señora T, (obs. IV) tiene con el de Mr. Thomas mucha semejanza. Prueban ambos que no debe darse mucha importancia á la aseveración de las familias y de las mismas matronas, que á veces aseguran que no ha salido un aborto y el feto ha sido expulsado y otros que no hay restos, que son á pesar de todo, la causa única de accidentes hemorrágicos, dignos siempre de consideración.

Las hemorragías que se producen durante las retenciones placentarias en los embarazos avanzados son internas ó externas, siendo aquellas mucho más graves, porque pueden pasar desapercibidas, y cuando se hacen externas, ya la pérdida de sangre ha sido considerable, al punto de comprometer la vida de la paciente. La vigilancia que debe observar-

se mientras la placenta no ha sido eliminada natural ó artificialmente, debe ser, por esto muy atenta.

En los abortos, aun cuando las hemorragias puedan tener este doble carácter, las hemorragias internas no son de temer tanto, porque como se comprende, entonces no pueden tener la magnitud que en el parto, porque ni el útero tiene en esa época un desarrollo considerable, ni se deja distender con facilidad.

El accidente hemorragia, es pues en conclusión, entre los que originan las retenciones, uno de los que ocupan lugar preferente, desde el punto de vista del tratamiento, tanto á causa de la interpretación que debe dársele, como de su gravedad, porque cuando no amenaza inminentemente la vida de la mujer, deja tan hondas perturbaciones que solo irán desapareciendo muy gradualmente. El triunfo de la vida, débese en repetidas ocasiones tanto á las buenas condiciones de resistencia de la enferma, como á la oportunidad y pericia con que ha sido atendida.

En el capítulo del tratamiento veremos como éste varía según la edad del embarazo y los casos en que la intervención, teniendo en mira un solo punto, la eliminación de la placenta, debe ser manual ó instrumental.

Otro de los accidentes á que da lugar la retención placentaria es la septicemia.—Sea que durante la retención hayan ó nó habido hemorragias, la mujer que ha tenido un aborto incompleto ó una retención después del parto reune condiciones del todo aparentes para el desarrollo de la infección si no son suficientemente escrupulosos los cuidados de higiene preventiva.—En tal condición, la invasión para los gérmenes es apropiada y su penetración en la cavidad uterina sumamente fácil, estallando pronto síntomas más ó menos grave de infección.

Estos síntomas pueden ser solo locales ó con manifestaciones generales más ó menos intensas según sean las reacciones defensivas del organismo.—No necesitamos repetir aquí, porque lo tenemos dicho en otro lugar, que los microbios hacen presa de la placenta desprendida, ó de la parte que lo está si la otra está adherida, pues en aquella, toda señal de vida ha desaparecido y por consiguiente toda reacción defensiva.—Hecha la infección, los loquios se hacen fétidos, adquieren un olor suigéneris que los hace distinguir con facilidad, cuando se tiene cierta experiencia. Es tan peculiar este olor en los casos de infección, que Charpentier ha dicho; "puede hacerse el diagnóstico subiendo la escalera".—La vagina está caliente y llena de un líquido sanioso, gris ó bruno, que mancha las ropas é irrita los órganos genitales á su pasaje; el útero se hincha, es doloroso al tacto, el cuello está entreabierto, dejando penetrar el dedo con facilidad pudiéndo en algunos casos, hasta tocarse la placenta, que poco á poco se desorganiza. En estas condiciones la fiebre estalla, precedida de algunos escalofríos y dolores articulares, acompañada de agitación y anciedad, la cara es pálida ó rojiza, la lengua seca, la sed ardiente, la respiración es dificultosa y anhelante, el pulso pequeño y frecuente, la piel es seca y caliente, la cefalalgia intensa, el vientre se balona, observándose algunas veces perturbaciones digestivas.

Este cuadro imponente de síntomas, propio de las infecciones muy intensas, va estableciéndose gradualmente en la generalidad de los casos, ó modificándose en las infecciones medianas ó más suaves, variando así las formas clínicas de la infección, formas de que no debemos ocuparnos detalladamente, por no ser éste el objeto principar de nuestro trabajo.

No podremos sin embargo, dejar de consignar aqui, que no siempre las retenciones placentarias sacuden tan profundamente el estado general: cuando la placenta está adherida, por ejemplo, pueden dejar de producirse aparentemente accidentes siguiendo un estado satisfactorio del enfermo, y otras veces estando desprendida, las reacciones á que dá lugar son puramente locales. Hay ciertas descomposiciones de la placenta, en que éste fenómeno, dice Gerbaud, «es más químico que cadavérico» y en que, ó no hay absorción ó si la hay no tiene carácter séptico»—Sin participar por entero de esta opinión, la consignamos atribuyendo la falta de reacción general al agente de infección ó á las condiciones individuales de resistencia que oponen á los gérmenes una barrera infranqueable, de modo que solo se traducen por reacciones puramente locales.

En cualquiera edad del aborto, la septicemia puede invadir el organismo, sus únicas condiciones serán, la evacuación incompleta y el fácil acceso de gérmenes.

Obs. V.—Señora de R. C. de 38 años, debil, ha tenido diez partos de término y tres abortos de distinta edad intercalados entre sus partos y sin accidente alguno.

Hácia los 50 dias de embarazo tuvo un aborto que salió roto, según dice la profesora; la señora continuó perdiendo sangre en pequeña cantidad; al cuarto día tuvo calofríos y fiebre alta; continuó sin embargo sin asistencia médica entregada únicamente á los cuidados de la obstetriz; los escalofríos se repitieron, la fiebre se hizo continua; habia ajitación, delirio, sed intensa; los loquios sanguinolentos y fétidos, el pulso pequeño. Yo ví entonces á la enferma: sus condiciones eran casi desesperadas; la temperatura era 41° la postración suma, la lengua seca, había diarrea, el vientre meteorisado y doloroso; los loquios fétidos, la vagina caliente, y tumefacta; el cuello estaba ligeramente entreabierto y los fondos de saco

dolorosos. Hice una inyección intrauterina prolongada después de hacer la limpieza de la vulva y vagina, que había sido criminalmente descuidada; y dispuse lo conveniente para hacer en la tarde un curetaje que no se realizó porque la enferma falleció antes. En esa enferma, la infección fué producida por un aborto incompleto en el más deplorable descuido higiénico.

Cuando se inician accidentes septicémicos, la evacuación es lo primero que contribuye á enrayar la infección, sobre todo en el aborto. Con intervalo de 48 horas ingresaron al Hospital de Bellavista, en Febrero de 1900, dos enfermas, con evidentes síntomas de septicemia, originados por retención placentaria. He aquí una:

Obs. VI—M. S. de Huancayo, de 24 años, y de buena constitución—Después de tres partos de término normales, estaba en el 4° mes de embarazo, cuando á consecuencia de una caida empezó á perder sangre acompañada de algunos dolores no tan fuertes, que le impidieran tomar el tren para trasladarse á Lima, donde tenía algunas ocupaciones. Cuando llegó á la estación de San Juan de Dios, los dolores eran tan fuertes, que la obligaron á recostarse en uno de los pasadizos; allí se verificó la expulsión del feto. Repuesta algo y sin revelar sus angustias, seccionó el cordón y tomó en seguida el tren inmediato en el que regresó al Callao y se puso en cama. Sabía que no habia arrojado la placenta y esperó, en vano, á pesar de haber tomado con ese objeto algunos remedios caseros. Tuvo calofrios y fiebre, siendo entonces (al 4.° día) trasladada al hospital, donde ocupó la cama N° 2 de la sala de San Roque. A la hora de mi visita, la enferma tenía 40° de fiebre, precedida de un fuerte escalofrío; su lengua y piel estaban secas, tenia sed y dolor de cabeza.

Nos hizo, la relación de lo que le había pasado.—El exámen local dió el siguiente resultado: vagina caliente, loquios sanguinolentos y fétidos; el cuello estaba abierto y allí se sintió el cordón

umbilical, que colgaba en la vagina. Fué conducida á la sala de operaciones; se hizo una prolija desinfección de su hilera genital, ayudado inteligentemente por los internos señores Mejia y del Campo; puse la mano en la vagina y siguiendo el cordón, penetré al utero con los dedos indice y medio, con relativa facilidad porque como he dicho el cuello estaba bastante abierto; guiado del cordón alcancé la placenta, mientras que con la mano izquierda sostenia yo mismo el fondo de la matriz; alcancé la inserción del cordón, la placenta y la cara uterina de esta, dándome cuenta del lugar de su inserción (estaba en parte adherida y en parte desprendida); forzando un poco pude desprender la parte adherida y estraerla.

Llevé en seguida una cucharilla roma, con la que recorrí el sitio que ya conocía, que habia visto puedo decir, y cuando me convencí que nada había quedado, se hizo una inyección antiséptica abundante, haciendo despues un taponamiento con gaza iodoformada. Cuando concluyó la intervención, la enferma tenia 38°—á la mañana sigutente 37°—á partir de ese día siguió bien.

A parte de las hemorragias y septicemias, que como dijimos ya, constituyen las dos complicaciones más graves que sobrevienen en plazo corto después del aborto ó el parto, hay otros accidentes que, aunque graves también, no son, sin embargo, tan frecuentes; entre estos, citaremos los casos de delirio, de convulsiones y tétanos que algunas veces se han observado, y que son otras tantas manifestaciones de intoxicación por absorción de los gérmenes ó sus productos, cuyo desarrollo favorece la retención.

Accidentes lejanos

Derivando siempre de las retenciones placentarias, pero en época más ó menos tardía, se inician algunos accidentes, de los cuales, unos son manifestaciones de la infección

generalizada ó de las transformaciones diversas, que se realizan en la placenta misma, en las paredes uterinas por contigüidad, ó entrambas; y que como los otros, amenazan la vida ó comprometen la salud.

Abordado el útero por los agentes patógenos, encontrarán estos en los casos de retención, condiciones del todo aparentes para su pululación y desarrollo. Del útero pueden seguir el camino que le franquean las trompas, la via linfática ó la reo venosa, dando lugar á pelvi-peritonitis, salpingitis ú ovaritis y á la flegmasia alba dolens.

La invasión del peritoneo por pasaje directo á travez de las trompas, es cosa que se hace con rapidéz asombrosa. Yo he tenido ocasión de observar muy recientemente un caso en que una retención placentaria de tres días, determinó una peritonitis supurativa. He aquí los datos reçojidos por mi interno. señor Anchorena, sacados del libro de historias de mi servicio:

Obs. VII.—A. M. ingresó en la noche del 31 de Mayo del presente año. Mujer de 24 años, cocinera, de constitución fuerte y bien conformada, ha tenido dos abortos y tres partos prematuros de feto muerto. Estaba embarazada de ocho meses. El 29 dió á luz, en el camino de la Hacienda Bocanegra á Lima; la placenta no fué arrojada integramente.—Cuando ingresó al servicio, su temperatura era de 39°.—Se le hizo una irrigación intrauterina de sublimado al 1×4000. No había hemorragia. En la mañana del 1º, que la vi su condición era muy grave: fiebre 39°6; enfriamiento de las extremidades, nauceas y vómitos frecuentes, vientre balonado y doloroso, loquios fétidos. Se procedió á hacer la extracción de la placenta, previo un lavado vaginal é intrauterino. La placenta putrefacta y friable no salió completa; quedó un cotitedun adherido fuertemente. Nueva inyección ultrauterina, disponiendo lo conveniente para la extracción completa. A las 5 h. p. m. falleció.

Autopsia: liquido medio purulento fétido al abrir la cavidad abdominal; el peritoneo con exudadas fibrino purulentos. Utero voluminoso, color gris oscuro; anexos rodeados de falsas membranas que los unian á los órganos vecinos, especialmente el anexo derecho, los ovarios reblandecidos, las trompas gruesas dejaban escapar, por sus respectivos pabellones un pus fétido—Abierto el útero: superficie interna negrusca, blanda, tormentosa; en el fondo del utero, un pedazo de placenta adherida á su pared y en completa putrefacción.

Como se vé por este resúmen, las supuraciones del peritoneo se realizan con violencia inusitada, explicables en este caso, teniendo en cuenta la facilidad de trasporte que tenian los gérmenes á travez de las trompas modificadas. Afortunadamente, no siempre para esto, y si hay infceción esta sigue un camino diverso, produciendo accidentes que por su lentitud ó índole permiten actuar con mejor éxito.

La infección por los linfáticos es cosa aceptada desde Cruveilhier, comprobada después por Lucas Champoniere y ultimamente por Wallich que ha podido por métodos perfeccionados de inyección y repetidos exámenes hístológicos y bacteriológicos, observar que las redes linfáticas del útero están modificadas y engrosadas no solo en los casos de infección observados, sino aun en otros de preñéz normal. Siguiendo esta vía, se infecta también el peritoneo, dando lugar á peritonitis localizadas sin reacciones notables ó generalizadas, que entonces desenvuelven el cuadro habitual: elevación térmica, pequeñez del pulso, vómitos porraceos, facies abdominal, cuya terminación ordinaria es la muerte.

La *flagmasia alba dolens* es la revelación clínica de la infección de la red venosa. Los streptococus, esparcidos en el aparato circulatorio, pueden localizarse en puntos diferentes del sistema venoso, muy lejanos del útero; asi como hay

flebitis de los miembros iuferiores, que es la localización mas ordinaria, las hay también en los superiores y aun flebitis vícerales, del hígado por ejemplo, como consecuencia de la generalización microbiana. En cuanto al proceso mismo, Widal ha dicho: (1) «cuando una vena se infecta, un trombus se infiltra de microbios, produciéndose una endoflebitis que se propaga á lo largo de las venas uterinas, iliacas y femorales, originando al nivel de la endoflebitis un coágulo que se agrega á los recientemente formados, estableciéndose así, una prolongación de coágulos.» La flebitis puerperal es una complicación de cierta importancia en el puerperio.

La placenta retenida produce otros trastornos; entraba la involución uterina: el útero fatigado á causa de los esfuerzos y de la presencia de ese cuerpo extraño, vuelve muy tardíamente sobre sí mismo, dejándolo en ese estado que los parteros y ginecólogos han llamado de *subinvolución*, y que contribuye á ocasionar una serie de perturbaciones funcionales, como la amenorrea y dismenorrea y mas tarde los prolapsus y desviaciones uterinas.

Para Hartman y Toupet que han estudiado las consecuencias lejanas de la retención, la placenta determina después de un cierto tiempo alteraciones de la matriz inflamando su mucosa, que sangra con facilidad, constituyendo así lo que ellos llaman *endometritis decidual* y que en nuestras clínicas, donde se observan con frecuencia, se denomina metritis hemorrágica. Esta forma de metritis se observa cuando son pequeños colgajos de placenta los que fueron retenidos porque cuando el trozo retenido es mayor, ó la placenta se retiene íntegra, se esclerosa y prolifera, generando los

[1] Citado por Pinard y Wallich 1889.

desiduomas benignos ó falsos polipos, y los *sarcomas corio celular* ó *deciduoma maligno de Sænger.*

Ya en otro lugar hemos visto como á expensas de la placenta retenida, ó de una de las partes del huevo, pueden derivarse las molas hidatidiforme, vesicular ó perforante que que acarrean sufrimientos prolongados, cuando no comprometen la vida.



Tratamiento

No todos los parteros proceden del mismo modo enfrente de las retenciones placentarias; abstencionistas son unos á intervencionistas los otros.

Los partidarios de la espectación á cuya cabeza se encuentran parteros de la talla de Tarnier, piensan que la placenta puede estar retenida durante un largo tiempo en la cavidad uterina, sin provocar accidentes; que la conducta del partero debe limitarse á los cuidados de higiene y antisepcia encomendando lo demás á la naturaleza. Para ellos los malos éxitos solo tienen lugar cuando se hacen tentativas de intervención manual ó instrumental; siguiendo pues el consejo de Mauriçeau que dice «el peligro es menor encomendando la expulsión á la naturaleza que haciendo mucha violencia para extraerla», se limitan á esperar.

Los intervencionistas, al contrario, sostienen que la placenta aprisionada en el útero, es continua amenaza para la vida de la mujer; que los accidentes se presentarán fatalmente en plazo más ó menos corto, obligando á hacer la evacuación del útero. Si esta necesidad, dicen, puede imponerse de un momento á otro, ¿por qué no intervenir oportunamente, esto es, antes que se inicien accidentes graves?

Antes de expresar nuestra opinión al respecto, vamos á hacer una exposición ligera de todos los procedimientos seguidos por unos y otros, haciendo notar desde ahora dos circunstancias: es la 1a, que los abstencionistas, son tales, sólo para los casos de retención en el aborto, pues tratándose del parto, como veremos en el capítulo respectivo, son casi uniformemente intervencionistas, practicando la extracción manual cuando la placenta no ha sido eliminada en

un tiempo relativamente corto, y aun en algunos casos inmediatamente, sobre todo, cuando se ha intervenido por versión ó con forceps, ó cuando se inician hemorragias.

Métodos de espectación.

Los partidarios de este método de tratamiento, sostienen que los malos éxitos que se obtienen en los casos de retención placentaria se deben, el mayor número de veces, á los metodos de intervención; que generalmente los cuidados de antisepcia rigurosa bastan para obtener la eliminación de la placenta. Su practica es pues: esperar la expulsión expontanea, limitándose á favorecer el alumbramiento y combatir los accidentes, poniendo en práctica con ese objeto los procedimientos siguientes:

El taponamiento

El taponamiento ha sido desde época remota y es todavia uno de los procedimientos de que disponen los abstencionistas con el doble objeto de contener una hemorragia ó estimular la expulsión de un aborto ó sus restos, cuando es incompleto. Chalier, Goret, Albert y Gerbaud, han sido sus partidarios y defensores mas ardientes – sostienen que el taponamiento usado con el objeto de contener las hemorragias, ha dado casi siempre éxito, aún en los casos de retención de placenta, pues en la mayoria de ellos, se ha obtenido su eliminación.

Los impugnadores, que los hay también, sostienen que si bien un taponamiento contiene una hemorragia externa, no impide, sino que favorece la interna, facilitando los acciden-

tes de septicemia. No parece que estos argumentos tengan mucha fuerza. Las hemorragias internas son raras en el aborto, á causa, lo hemos dicho ya, de la menor capacidad uterina y de la dificultad con que el útero se dejaría distender. Además, la sangre vertida, como dice Albert (1), se transforma pronto en coágulos, que obliteran las aberturas vasculares, sirviendo de tapón intrauterino, que contribuye á cohibir la hemorragia.—En cuanto á los peligros de septicemia, es un hecho que si ella era frecuente en los tiempos en que los procedimientos de antisepcia eran desconocidos, desde la adquisición de este precioso recurso, tienden no solo á disminuir, sino que deben desaparecer.

El taponamiento es un valioso recurso en determinadas ocasiones. Un tapón bien colocado, opone al flujo sanguineo una barrera dificil de vencer, é invita al mismo tiempo al útero á contraerse y eliminar su contenido. La hemorragia, lo hemos dicho en otro lugar, adquiere, en determinadas ocasiones, proporciones alarmantes para hacer correr los mayores riesgos á la enferma, dejándola, en el mejor de los casos, en estado lamentable de postración y anémia; y el taponamiento, entonces, es uno de los mas valiosos recursos de que disponen los abstencionistas para contenerla. No hay duda que, en algunos casos, el taponamiento no corresponde enteramente al objeto, como hemostático ó ecbólico, pero, para entonces, quedan expeditos otros muchos procedimientos. No sería esta una razón para proscribirlo. El taponamiento es un medio facil de improvisar para detener una hemorragia ó enrrayarla temporalmente, mientras se dispone lo conveniente á una intervención. «Un tapon, dice Colomby (2), puede improvisarse tanto en el modesto hogar de un obre-

(1) Albert. Tesis de París 1874.
(2) *Colomby* Recherches sur la Retención du placenta dans l'avortement.—1898.

ro, como en la suntuosa residencia del rico», y; en muchas ocasiones, habrá que utilizarlo, para detener hemorragias de consideración, mientras se hace un diagnóstico ó se resuelve la intervención.

Obs. VIII—Hace dos meses poco más ó menos, fuí llamado á la calle de San Cristóbal del Tren N.°.., para atender á la señora N. de T. Hacía diez días que esta señora, embarazada aproximadamente de 3 meses, había comenzado á perder sangre. Una matrona de reputación, le había aconsejado reposo, y, tres veces al día, una gragea de Ergotina de Bonjean, medicina de la que había un frasco vacío á la cabecera de la cama. La sangre había disminuido, pero la enferma tenía todavía dolores. La víspera de mi primera visita, había tenido una hemorragia de consideración; cuando la ví, el cuello estaba cerrado y las pérdidas eran escasas. Ordené opiaceos y tranquilidad completa; pero en la tarde tuvo una gran hemorragia, que con justicia alarmó á su familia, reclamando mi presencia, La señora continuaba perdiendo sangre, el cuello se entreabria ligeramente y opté por hacer un taponamiento observando todos los cuidados de antisepcia necesarios. Al día siguiente al remover el tapón, encontré detras de él y en la vagina el huevo con embrión. La enferma siguió bién á partir de ese momento. Ese aborto fué, en mi concepto, inevitable; lo favorecia la Ergotina, que ayudaba la contracción uterina y cerrando al mismo tiompo el cuello del útero no dejaba salir el huevo.

Inyecciones calientes

Hanse usado, con el objeto de favorecer la expulsión de los anexos, las inyecciones calientes, ya vaginales ó intrauterinas.

Las primeras, destinadas especialmente á la desinfección preventiva, parece que ejercen alguna influencia sobre las hemorragias; despertando las contracciones uterinas, favorecen la expulsión de la placenta. Las inyecciones va-

ginales calientes, tienen un poder hemostático innegable; constituyen un recurso fácil, que puede utilizarse en casos de urjencia, pero que dista de ser ideal, porque su acción es intermitente, pasajera, y por lo mismo, debe quedar como preliminar de cualquier procedimiento operatorio.

Las inyecciones intra-uterinas, tienen, como aquellas, propiedades hemostáticas, aunque más activas, porque obran más inmediatamente; su acción es provechosa, cuando se inician accidentes septicémicos, con el fin de asegurar la desinfección; además, estimulando directamente la contractilidad uterina, favorecen la eliminación de la placenta. La inyección intra-uterina, con tales propiedades, constituye un recurso valioso en manos de los abstencionistas, para combatir las hemorragias y septicemias, y un medio de tratamiento racional de las retenciones placentarias.

La inyección intra-uterina es una operación delicada que requiere cierta pericia y disposición para no hacerla peligrosa. Se le atribuyen accidentes y hasta algunos casos de muerte súbita por el pasaje de los líquidos al travez de las trompas; es necesario, por eso, rodear esta operación de los cuidados convenientes, teniendo en cuenta la posición de la mujer, la altura á que debe colocarse el recipiente para dar al líquido presión suficiente durante el lavado, á fin de no sobrepasar la resistencia que ofrecen las trompas.

La inyección intra-uterina debe practicarse así: colocada la enferma en posición obstétrica (ó con la pelvis levantada por una almohada cuando se hace en el lecho), y después de un prolijo lavado de los órganos genitales externos, vulva y vagina sucesivamente, el operador lleva á la vagina los dedos indice y medio de la mano derecha, el medio vá en busca del cuello y sirve de guía á la sonda, mientras el indi-

ce, en el fondo de saco anterior, deprime el cuerpo del útero, si está en anteversión, para hacer más fácil el acceso de la sonda, que debe entrar sin esfuerzos, venciendo con suavidad la resistencia que le ofrece el orificio interno. Durante la operación debe cuidarse que la presión y temperatura del líquido sea uniforme, así como de cambiar la inclinación de la sonda, si aquel no refluye bien, porque la placenta retenida ó el útero mismo, obturan los orificios de la sonda entrabando la libre circulación del líquido. Son triviales estos consejos, para el que tiene práctica de hacerlas, pero de ninguna manera para los que no la tienen, especialmente para una buena porción de nuestras obstetrices, que no están todavía suficientemente familiarizadas con esta práctica, ya rudimentaria de higiene obstétrica. Creo que la introducción de la sonda en el útero, es cuestión de hábito; yo por ejemplo, me sirvo de la mano izquierda para determinar la abertura del cuello y coloco la sonda con la mano derecha.

El uso del espéculum entraba ó dificulta á veces la colocación de la sonda, por la presión que ejerce sobre los fondos de saco. La elección de la sonda no es indiferente; entre nosotros está suficientemente generalizada la de Bozeman-Fritz, tanto entre parteros como ginecólogos. (1)

Apesar de las objeciones que se han hecho á las inyecciones intra-uterinas, su uso es todavía bastante generalizado y con éxito satisfactorio en los casos de retención placentaria después del parto ó aborto, en que contribuye á la antisepcia cuando no determina el alumbramiento.

—Yo he tenido oportunidad de ver algunos casos de retención, tratados exclusivamente por las inyecciones intra-uterinas.

(1) La casa de Kny Scherer de New-York ha introducido, entre nosotros, las sondas de Bozeman-Fritz de vidrio, que parece deben preferirse en obstetricia.

Obs VII.—La señora E de C. multipara, domiciliada en el Callao, calle de Colón, No clienta de mi maestro el doctor Benavides, había tenido un aborto de 3 meses. La expulsión del embrión fué normal, pero los anexos fueron retenidos. Despues de esperar un tiempo racionál, se comenzaron las inyecciones intra-uterinas por consejo del doctor Benavides. Después de 5 días, sin otro tratamiento, la placenta se desprendió, engastándose en el cuello, de donde fué fácil hacer su extracción.

Yo tuve ocasión de ver esta enferma en consulta.

Como en el aborto, las retenciones parciales despues del parto, suelen tratarse del mismo modo, con regular éxito. Entre nosotros se recurre á ellas casi preceptivamente.

Irrigación contínua

Algunos parteros, han usado las irrigaciones continuas en los casos de retención placentaria, así como y para combatir los accidentes septicémicos á que con frecuencia dan lugar aquellas. La irrigación contínua intra-uterína, tiene como objetivo principal mantener la cavidad uterina en per fecto estado de desinfección, mientras se despiertan nuevas contracciones que desprendan la placenta.

Entre nosotros, que yo sepa al menos, el método de Schucknig, no es usado ó lo ha sido muy poco, de modo que no puedo expresar sobre él, opinión alguna.

Despues de su autor, la irrigación contínua fué usada por Hartmann y otros, especialmente por Pinard que dispone las cosas de la manera siguiente: sobre un catre de lecho flexible, se colocan dos colchones doblados sobre sí mismo y unidos por su dorso, de modo que en el medio de la cama quede un espacio entre los dos colchones. Estos se cubren de tela impermeable, dejando caer desde cada col-

chón un trozo de tela hácia el espacio mencionado y que se conducen á una vasija convenientemente dispuesta de modo que los líquidos desciendan con facilidad por acción de la gravedad. El aparato para la irrigación propiamente dicha, está formado de un drain metálico conducido por un cateter, también de metal, conectado con un irrigador, bien provisto de líquido, que se mantiene á 15 ctm. más ó menos sobre el nivel de la cama. Pinard usa en lugar de esta canula la de Tarnier ó la de doble curvadura cuya invención le pertenece. La sonda de Bozeman-Fritz, cuyo tubo de desagüe garantiza la fácil salida de los líquidos y que puede mantenerse en plaza con relativa comodidad, contribuirá á facilitar esta operación.

Los beneficios de la irrigación contínua se manifiestan pronto: el enfermo experimenta bienestar, la temperatura baja, el pulso se hace menos frecuente, la piel pierde su sequedad, y la lengua se hace húmeda. Solo cuando el tratamiento por este medio se prolonga muchos días, dice el mismo autor, es que la mujer manifiesta fatiga y deseos de ver cesar el tratamiento.

El procedimiento que acabamos de describir, no es practicable siempre y es más un procedimiento de antisépcia en la septicemia, que de utilidad para facilitar la expulsión de la placenta. Atribúyensele por otra parte, accidentes parecidos á los de las inyecciones intra-uterinas, de las que no es, en suma, sino variante, con tendencias como aquellas á dejar de usarse con el objeto de activar el alumbramiento.

El drenage

Esta medicación que no viene á ser sino una consecuencia ó modalidad de la irrigación contínua, fué introdu·

cida en la terapéutica por Schéde y Weit, con el objeto de dar fácil salida á los productos sépticos en los casos de retención placentaria. Se practicaba llevando al fondo del útero un tubo de caucho duro provisto de numerosas aberturas. Este método cayó pronto en desuso, cediendo lugar á otros procedimientos más prácticos y de resultados positivos.

El Dr. Gonsaslchik (1) ha empleado, muy recientemente y con éxito en 115 enfermas de septicemia por retención, el desagüe capilar, designando como tal el drenage del útero con una tira larga de gaza yodoformada que introduce hasta llenar su cavidad.

El drenage subsiste ya, solo como cura post-operatoria que se hace en la actualidad con gaza aséptica ó á base de distintos medicamentos antisépticos. El drenage, hecho así, evita la entrada del aire y favorece por capilaridad la salida de los pruductos de secreción de los focos operados.

El método de Schéde tal como lo concibió su autor tiene en la actualidad solo valor histórico.

Masage

La práctica del masage, para ayudar la expulsión de la placenta, data desde Mauriçeau que recomendaba lás fricciones del útero á traves de las paredes del vientre, para favoreçer la eliminación de la placenta.

La expresión uterina que no es otra cosa que una forma de masage, ha sido recomendada muy entusiastamente por muchos, no solo en el alumbramiento de término, sino aún en las retenciones post-abortum. Credé que desde

(1) Medicinskbie obozzeine. N° 7—1900

1835 ha sido el vulgarizador de este método, ha visto seguirlo con entusíasmo durante mucho tiempo á los tocólogos europeos y americanos.

El iniciador de la expresión uterina, procedía así: se aplica de plano una mano sobre el útero, á travez de las paredes abdominales después de la expulsión del feto, haciendo algunas fricciones sobre la mayor superficie posible del útero, hasta que se sienta la contracción de este órgano; se toma entonces còn una ó las dos manos el fondo del útero, y cuando la contracción ha llegado á su maximum, se presiona sobre el fondo y las paredes empujándolas hácia la pelvis menor, exprimiéndola en una palabra; la placenta y la sangre coagulada son expulsadas fuera de los órganos genitales volviendo el útero á su posición normal.

Es menester, cuando se hace la expresión uterina, tener cuidado especial, de no ejercer presión, sino cuando la contracción uterina es fuerte, á fin de evitar los accidentes de inversión uterina. «Presionar el útero, dice Credé, antes de la contracción, es falta grave y sin objeto.»

La expresión, es de tal manera generalizada hoy que más que un procedimieato de intervención es una de las reglas de buena asistencia, á que debe apelarse, cuando se retarde el alumbramiento. Esta más especialmente recomendada después del parto fisiológico, que cuandó se trata de retenciones en el aborto, porque en aquellos el volúmen de la placenta y el menor grosor de las paredes uterinas permiten actuar con más eficacia y mejor éxito, mientras que en los abortos, sobre todo, en los primeros meses, en que las paredes uterinas son más gruesás y menos contráctiles la expresión será menos útil.

El masage del útero hecho á travez de las paredes vaginales, ha venido á salvar en los abortos el inconveniente señalado, prestando muy útiles servicios. Cuando en otro lugar de este trabajo, nos ocupamos de los abortos aprisionados por el cuello uterino, dijimos ya, que llevando los dedos al fondo de saco de Douglas y ejerciendo presión de abajo hácia arriba se obtiene la expulsión de los anexos. Si esta maniobra se combina con la expresión á travez de las paredes del vientre, podrá actuarse con más ventaja en el aborto. Así ha procedido Cateret que hace el masage en los casos de retención placentaria, comprimiendo por la vagina el fondo de saco posterior con los dedos indice y medio, mientras que la mano opuesta deprime el útero por encima de la pared abdominal. El útero así comprimido entre las dos manos, expulsa los anexos retenidos. El autor completa su intervención con un escobillado de la matriz, valiéndose de un escobillón duro, empapado en solución de sublimado, al que imprime movimientos de abajo arriba y de rotación sobre su eje, á fin de limpiar completamente el útero.

Muy recientemente el doctor W. Zangemeister (1) asistente á la clínica obstétrica y ginecológica de la Facultad de Medicina de Leipzig, recomienda el procedimiento siguiente para obtener la expulsión de la placenta: en el intervalo de las contracciones se practica con ayuda de los dedos, sobre las caras anterior, posterior y laterales de la matriz, presiones con el objeto de determinar en diferentes puntos, una serie de hundimientos en la pared del órgano; esta especie de amazamiento se continúa, hasta que sobreviene una nueva contracción, repitiendo, si es necesario, es-

(1) Independencia Médica Nº 89-1901.

ta maniobra. Bajo la influencia del masage de la matriz, así practicado, la placenta no tarda en desprenderse, y con ayuda de los dolores se consigue después de una ó dos contracciones, expulsarla por medio de una expresión enérgica, practicada al mismo tiempo. Esta maniobra dice el autor, pone á cubierto de la inversión uterina, porque el masage se practica solo en las caras anterior, posterior y laterales y nunca sobre el fondo.

Ecbólicos

Un cierto número de medicamentos, á que se ha dado el nombre de ecbólicos ú ocitócicos por su acción especial sobre la fibra uterina, se han empleado en los casos de retención placentaria, con el fin de despertar ó reforzar las contracciones que determinan el desprendimiento y expulsión de la placenta.

Durante mucho tiempo, fué la *ergotina* el medicamento predilecto á causa de su acción modificadora de las contracciones uterinas, pero que está abandonada en la actualidad, porque es bien conocida su acción tetanisante, produciendo efecto diverso de aquel que se le atribuía. «La interdicción de la ergotina, durante el aborto es un axioma obstétrico,» ha dicho Tarnier, y con mucha razón, porque este medicamento que actúa desprendiendo el huevo ó fragmentándolo cierra al mismo tiempo el cuello del útero, estorbando su eliminación.

Los partidarios de la ergotina como ocitocico, partían del principio que, esta sustancia tenía la propiedad de despertar la contracción de los músculos lisos, actuando por consiguiente sobre todos los órganos que contienen estos

elementos y por lo mismo sobre el útero. Cuando esto era aceptado sin más restricción, es decir, cuando su acción no era bien conocida, podía explicarse la boga de que gozó en manos de los tocólogos franceses, ingleses y americanos; pero, desde las investigaciones de estos últimos, especialmente de Prescot, Hosak y Dewes y las de Albert en 1878, que permitieron conocer que su acción sobre el músculo iba hasta tetanizarlo, disponiendo por consiguiente las cosas, no sólo de modo inaparente para la eliminación placentaria, sino para obtener su desprendimiento, el cécale y sus derivados, cayeron de una vez.

La acción de la ergotina será eficaz, cuando se trate de contraer los vasos, de limitar una hemorragia, quién sabe si hasta alejando los peligros de infección cuando se administra con el útero vacío, como lo sostiene el Dr. Solt, (1) y yo lo creo firmemente, pero nunca para ayudar la expulsión de la placenta. Cuántas mujeres y niños han sido víctimas inmoladas por la ignorancia sobre la verdadera acción de este medicamento, del que por tantos años se hizo uso y abuso!. Nunca se recomendará suficientemente la más escrupulosa moderación á nuestras obstetrices, que, á título de tales, y con la complicidad más punible de boticarios despreocupados, recetan esas, y despachan éstos, el cécale ó la ergotina, con el fin de acelerar el parto. Yo tengo muy fresco todavía en mi memoria el recuerdo de un caso de esta especie, ocurrido en la esposa de un agente consular en el Callao, á quien la profesora administró algunas dosis de cécale para activar el parto y que falleció con su hijo, en presencia de 6 ú 8 médicos, entre los cuales. por fortuna, yo no estaba.

[1] Therap. Monatshefte--1902

La ergotina, no es pués, más, un ocitócico; su uso debe proscribirse, por cuanto que encierra la placenta en vez de expulsarla.

Muchos otros medicamentos se emplean también con idéntico objeto, tales como el salicilato de soda recomendado por Vinay, el hamamelis, el hidrastis canadensis, la trementina, y la glicerina en enemas; pero cuya acción ecbolica no está definitivamente juzgada, por lo que, nos ocuparemos aquí, solo de los dos que hoy tienen general aceptación; esto es de la Quinina y la Lactosa.

Quinina.—Cuando después de haber usado la quinina por mucho tiempo de una manera vaga, se describieron sus propiedades específicas en el paludismo, pudo observarse que administrada con ese objeto á mujeres embarazadas se producía en algunas de ellas el aborto. Surgió entonces la cuestión de saber si este accidente se debía á la acción de la quinina, que hubiera actuado de manera especial sobre la fibra uterina ó si era producida por el paludismo. Una y otra opinión fué sostenida hasta que los estudios de Petit-Jean en 1815 hicieron conocer la acción de la quinina sobre el utero, independientemente del paludismo. A partir de esa fecha se han sucedido los estudios con idéntica conclusión; Waren, Polak, Roberts y sobre todo Monteverdi han llegado á comprobar que la quinina ejerce «una acción tonificante general sobre los diversos organos de la economía, pero en particular sobre el útero.» «Al cabo de media hora del empleo del medicamento, dice este último autor, se producen en ese organo, ligeras contracciones, no acompañadas de dolor, que van haciendose gradualmente más prolongadas y más fuertes, con intervalos de reposo, analogas á las del parto». Monteverdi sostiene que la acción de la quinina dura dos horas,

y que es suficiente una dosis de 20 centígramos; para él, la acción de este medicamento es superior á la de la ergotina;las contracciones que provoca son regulares, sin ejercer acción dañosa sobre el cuello. Esa acción de la quinina fué también comprobada por Magnin en 1873 Plantard en 1875 y Dupuy el 1877, por Tarnier en 1878, que en su clinica recomendaba vigilar el empleo de la quinina en las embarazadas, porque á veces solia provocar el aborto.

Las investigaciones de Cokrane, Cánada, Smolsko, Burdel y Mullandrew parecen probar que la acción de la quinina se ejerce exclusivamente durante el trabajo del aborto y el parto, sin influir de manera apreciable en la evolución del embarazo. Mullandrew (1) en sus investigaciones, ha llegado á concluir: «que la quinina á la dosis de 4 granos ó más en polvo, despierta las contracciones uterinas al cabo de 50 minutos; repetida de media en media hora mantiene su intensidad; las contracciones no son continuas como las de la ergotina, sino interminantes como en el trabajo normal. Esa acción seria el resultado de un estímulo especial ejercido sobre el útero, sino de un efecto tónico sobre toda la economía— No actua sobre el cuello estorbando su dilatación, sino al contrario, favoreciéndola».

Cordes que en 1888, inició también una serie de trabajos y experimentaciones clínicas, ha comprobado que la quinina, como uter-omotor, tiene propiedades que la hacen altamente apreciable en obstetricia, aún en los casos de aborto incompleto en que actua muy favorablemente, ayudando la expulsión de los restos placentarios. Para Cordes, la acción más saludable de la quinina, es que no ejerce la me-

(1) L. Frarier. Dilatatión artificial du Col dans les Primipares.

nor influencia sobre el cuello, de modo que, su acción ocitocica, será siempre de provecho y nulos sus inconvenientes ó contra indicaciones.

Entre nosotros, este medicamanto se usa diariamente en obstreticia. Se administra la quinina cuando se necesita despertar ó reforzar las contracciones uterinas, cuando las fuerzas de la enferma decaen, obteniendo generalmente resultados tan rápidos, que solo pueden imputarse á esta sustancia. La clínica parece confirmar que la quinina apesar de su acción motora tan poderosa, no tiene acción alguna sobre el cuello, porque administrada durante el periodo de dilatación, en los casos en que este trabajo se hacía muy lentamente, se ha completado mucho más rápidamente, de modo que, casí podría decirse que puede utilizarse la quinina en todos los tiempos deltrabajo.

Schwab en el curso de sus investigaciones sobre la acción de la quinina que conceptúa mucho más activa, durante el periodo de trabajo, que en cualquiera otra época de la gestación ha dicho: « para nosotros está fuera de duda que el Sulfato de quinina, tiene una acción manifiesta y comunmente rápida sobre las contracciones uterinas, una vez que el trabajo está declarado y que la contractilidad de la fibra muscular del útero se despierta, la quinina entónces, acelera el trabajo, (1) haciendo más fuertes y eficaces las contracciones que son débiles, estimulando las que permanecen inertes.»

La acción de la quinina, es pues, bajo todo concepto, muy superior á la de la ergotina, bajo cuya influencia las contraccio-

(1) El Dr. Reynaldo Arias, el 20 de Enero de 1888, leyóen la Sociedad Unión Fernandina, un trabajo sobre el particular, acompañado de 12 historias clinicas que datan de 1882; razón por la que reclama la prioridad del descubrimiento, sobre la acción de la quinina en el parto.

nes se hacen más activas, más frecuentes y más enérgicas, pero tienen un caracter particular que las hace peligrosas para la madre y el feto; ese peligro proviene de que son permanentes, contínuas, en lugar de ser intermitentes como en el estado fisiológico. Además, provoca una especie de contractura del cuello, durante la cual el feto está expuesto á perecer de afixia por compresión del cordón ó lo que es más frecuente, por trastorno sen la circulación útero-placentaria. La quinina no tiene ninguno de esos inconvenientes; las contracciones que provoca son intermitentes, enteramente semejantes á la del parto normal.

Resulta de todo lo anteriormente expuesto que la quinina tiene propiedades ocitocicas que la harán utilizable, no solo, cuando se necesite despertar las contracciones durante el parto sino cuanto se las necesite provocar, para ayudar la eliminación de la placenta.

Lactosa.—Fué probablemente Bossi en 1894 el que estudió primero la acción del azúcar sobre el útero, partiendo de su acción sobre los músculos en general, publicando su primer estudio al respecto, en los anales de Obstetricia y Ginecologia de Milan. En ese estudio, (Bossi) dejó perfectamente comprobada la acción ecbólica del azúcar, pues en las 4/5 partes de las embarazadas sometidas á este remedio y en quienes la inercia uterina era evidente, se despertaron contracciones tan poderosas que concluyeron con la expulsión del feto, sin que durante este tiempo y en ninguno de los casos se presentaran contracciones tetánicas. Al contrario esas contracciones eran enteramente regulares, no observándose en ellas retención ó estrangulación de la placenta; de donde resulta que, el azúcar es un magnífico remedio, de efecto rápido y

durable, cuya acción se deja sentir, 20 ó 30 minutos después de administrar una dósis de 30 gms.

A pesar de ser un remedio tan conocido y al alcance de todos, fué cayendo poco á poco en el olvido, hasta que Kein (1) presentó en la sociedad de Biología un estudio en el cual estudiaba «la Lactosa como acelerador del trabajo del parto» trabajo en el que, dejó sentadas las conclusiones siguientes: 1ª las contracciones débiles ó perezosas son reforzadas por la lactosa; 2ª en todos los casos la acción de la lactosa no ha sido eficaz, sino después de principiar el trabajo (cuello borrado, dilatado ó dilatable), 3ª la dosis minima ha sido de 20 á 25 gms; las dosis menores han debido ser renovadas. 4ª la acción de la Lactosa comienza tanto más rápidamente, cuanto el trabajo es más avanzado. El principio de su acción varía entre 10 á 30 minutos después de su ingestión; y 5.° La Lactosa no ejerce acción dañosa sobre el alumbramiento. El caso único de aborto incompleto, tratado con la lactosa, ha probado su acción eficáz, pues se hizo sentir rápidamente en menos de una hora.

La lactosa es, pues, un medicamento ideal: su sabor, su falta de toxicidad, la hacen altamente apreciable y las observaciones experimentales, lo confirman plenamente, A partir de las conclusiones de Kein, se han hecho muchas investigaciones, en la generalidad de las cuales, los resultados han sobrepasado á las esperanzas; pocos, poquísimos casos han permanecido indiferentes á la acción del medicamento. Cuando el trabajo del parto ha comenzado y la dilatación está avanzada, pero las contracciones se alejan ó son débiles, la lactosa en la forma aconsejada, despierta contracciones muy fuertes que se repiten á ciertos interva-

(1) L. Frarier. Dilatatión artificial du Col dans les Primipares.

los, adquiriendo cada vez mayor fuerza hasta que la expulsión ha tenido lugar. En todos los casos en que se ha usado la la lactosa, el cuello se ha abierto pronto, cediendo rápidamente á las contracciones; y cuando se administró por retardo en el alumbramiento, se despertaron también contracciones que determinaron la expulsión de los anexos, también muy rápidamente.

Es condición precisa para que la lactosa ejerza su acción bienhechora, la presencia de un cuerpo extraño: feto, placenta ó embrión. Yo he tenido oportunidad de usar la lactosa en el hospital de Bellavista, á poco de haber leído sobre el particular un artículo en el Anuario de Medicina y Cirugía y declaro que he sido sorprendido por su rápido efecto. Se trataba de una enferma en pleno trabajo; el cuello tenía 3 ó 4 ctms. de dilatación, pero el parto no avanzaba, desde hacía dos ó tres horas, á causa deque las contracciones, eran muy alejadas unas de otras y muy débiles; prescribí 25 gramos de lactosa, que la enferma tomó en un vaso de agua; las contracciones aparecieron más fuertes poco tiempo después, y en 43 minutos más, el parto había terminado. Ese efecto, fué tan rápido, que cuando en otras ocasiones, el trabajo se ha prolongado, la profesora me ha pedido prescribirle lactosa, porque recordaba el maravilloso efecto obtenido.

Valdría la pena, seguir investigando las propiedades ocitócicas ó ecbólicas de la lactosa, ensayándola en casos de retención, en que la falta de accidentes justificaran la expectación.

Agentes físicos

Entre los medios de que puede sacarse provecho para despertar las contracciones uterinas, están los agentes físicos

algunos de los cuales, *electricidad* y *calor*, gozan de propiedades apreciables en el tratamiento de las retenciones.

LA ELECTRICIDAD, fué usada en obstetricia por primera vez por Bertheli y Herder y muy especialmente por Rambotan que desde 1834 recomendaba su empleo para despertar las contracciones uterinas. A partir de esa época, la electricidad ha prestado servicios en obstetricia y ginecología, sobre todo en ésta última, donde su campo de accion tiende á crecer, con detrimento de las intervenciones quirúrgicas, porque muchas afecciones que antes sólo podían curarse por medios cruentos, lo son hoy por la electroterapia.

Se ha recomendado el empleo de las corrientes farádica y galvánica, para avivar las contracciones, en casos de inercia uterina y su empleo es muy racional: la electricidad es un remedio que se dosa hoy con exactitud matemática, de modo que puede llevarse el estímulo al lugar y la contracción al grado que se desée. Correctamente aplicada, pueden tenerse contracciones tan repetidas ó distanciadas como se quieran, con la ventaja de que, no tetanizan el musculo uterino, porque se pueden regular sus intermitencias. En manos de Mc. Roe, Tipykoff y Baird, las corrientes eléctricas han prestado magníficos servicios en todos los casos de inercia ó cansancio uterino. Cuando se usaron durante el parto, las contracciones se han hecho más fuertes y repetidas, sin provocar acción nociva sobre el cuello; al contrario, la dilatación ha sido más rápida, concluyendo el trabajo en plazo relativamente corto,

Baird, después de pacientes investigaciones y experiencias, ha llegado á las concluciones siguientes: 1ª la electricidad aumenta la frecuencia y fuerza de las contracciones en grado notable. Sus propiedades ocitócicas se deben á que

acelera las contracciones ó las determina; siendo esta acción más cierta, más rápida, más inofensiva, más simple y más permanente que la de toda otra sustancia ó medio. 2ª Este aumento en la energía y número de las contracciones, está sometida enteramente á la voluntad del operador, porque se pueden aumentar ó disminuir según se juzgue conveniente. 3ª La dilatación del cuello se efectúa sin dificultad y por consiguiente se abrevia la duración del trabajo. 4ª La electricidad aumenta la fuerza vital de cada fibra muscular, aumentando al mismo tiempo la resistencia de la placenta. 5ª Su acción es bajo todo concepto superior á la de la ergotina.

La corriente farádica con inducido de hilo grueso, la corriente continúa bien regulada con el metrónomo, pueden ser utilizadas, porque despiertan contracciones tan distanciadas y fuertes como se desée. Los aparatos electro-médicos construidos hoy, tienen tal perfección, que la contracción puede producirse en la forma apetecida; y así como pueden usarse, como hasta aquí, para acelerar el trabajo del parto, siendo bien conocida como es la acción de este agente, creemos que se le puede utilizar con provecho, para despertar contracciones cuyo fin seria ayudar al desprendimiento y eliminación de la placenta.

Miranov (1) «guiado por la acción notada durante el tratamiento galvánico de las afecciones uterinas según el método de Apostoli, en que se producía una contracción fuerte, cuando se introduce el electrodo en la cavidad cervical antes de franquear el orificio interno, es decir, colocándolo en la zona de ganglios nerviosos uterinos, ha comenzado á usar con muy

[1] Miranov — (Uourn. a Rouch jensk bol. 1092 Nº 11 pag 85) Journal de Phisioterapie 1904.

buen éxito, la corriente contínua de 75 á 100 y hasta de 180 á 300 M. A., con el fin de provocar el aborto, sin los riesgos que tienen los procedimientos de Krauze, Tarnier, Collen, Lazarevich y Pelzer; garantizándolo como activo y aséptico, no sólo por la facilidad de aplicar el instrumento, sino porque aún con faltas en este orden, la corriente por débil que sea actúa sobre los gérmenes como un verdadero bacterisida.»—Su acción estimulante, la haría recomendable por analogía en las retenciones.

El uso del FRÍO y EL CALOR data de muy antigua fecha. Mad. La Chapelle usaba las inyecciones vaginales tibias, como emolientes, con el objeto de reblandecer las partes genitales antes del parto. Campbel, Jamiere, Schoeder, Kilner y Kirisch han usado también las inyecciones vaginales calientes para avivar las contracciones uterinas y actuar sobre la dilatación del cuello, cada vez que se trataba de un trabajo prolongado por falta de energía de la matriz.

La práctica diaria parece también confirmar, que bajo su acción, se despierta la contracción uterina, dando al útero tono suficiente para desalojar la placenta. Durante largo tiempo usóse el frío, que va ya cediendo por completo su lugar al calor. Diariamente se usan las inyecciones de agua caliente, para acelerar el parto, porque favorecen la dilatación, despertando las contracciones, sin ocacionar trastornos ni á la madre ni al feto. Su acción en el alumbramiento es tan evidente que hoy su uso se ha hecho general cuando trascurre un cierto tiempo después del parto y la matriz no reacciona para eliminar la placenta; bajo el chorro intra-uterino de agua caliente, la matriz se contrae y la placenta se desprende.

Gauvry (1) en un bien meditado trabajo, apoyado en

[1] Gauvry-Action de l'eux en inyection sur l'uterus pendant la grossese et le travail 1886.

numeresas observaciones clínicas, ha podido comprobar que el calor en forma de baño vaginal ó endo-uteríno, actúa muy eficazmente para despertar las contracciones, que refuerza, sin hacer correr riesgos á la madre y al feto.

Durante mucho tiempo se discutió si estos efectos que la clínica revela, debíanse propiamente al calor ó á la acción mecánica del agua; llegando después de las experiencias de Ruige, en que se ha evitado toda causa de error anulando la acción mecánica del agua, á comprobar que ésta obra por su temperatura elevada.

En nuestros hospitales, se aprovecha de esta acción bienhechora del calor, pues el uso de las inyecciones intrauterinas con agua á 48° ó 50° se extiende cada día, usándolas siempre que se necesita activar el parto y sobre todo el alumbramiento. Si no existen adherencias anormales ó engastamientos placentarios, las contracciones despertadas por este medio, producen rápidamente el desprendimiento y expulsión de la placenta.



Métodos de intervención

Los intervencionistas, casi todos ginecólogos, convencidos de que la placenta retenida en el útero, constituye una amenaza contínua para la vida de la mujer, á causa de los accídentes que ordinariamente produce, sostienen, que debe eliminarse artificialmente, si el alumbramiento natural, no se hace en plazo relativamente corto. Sí esa necesidad de eliminarla, dicen los intervencionistas, puede imponerse de un momento á otro, porqué no hacerlo oportunamente, esto es, antes que se inicien accidentes? Así han procedido una falanje entera de reputados ginecólogos alemanes, ingleses, americanos y franceses; así procedían Ossiander y Martin, y Fehling, que intervinieron siempre que el aborto fué inevitable, y lo hicieron también, Davis, Tyler Smith, Priesly, Macdonald, Meyer y Duncan, Doleris, Chaleix y Audebert, que uniformemente aceptan la evacuación del útero desde el momento que el aborto se hace inevitable ó se comprueba la retención, todo, sin esperar á que se inicien hemorragias ó fenómenos septicémicos y que sobrevendrán si la intervención deja de ser oportuna.

En el aborto, dicen Pinard y Wallich, «si las membranas están rotas, el huevo abierto ofrece un terreno de cultivo perfecto para los microbios, terreno en que parecen reunidas todas las condiciones favorables á su pululación. Los malos éxitos de las intervenciones de tiempcs atrasados, han disminuido y tienden á desaparecer en la era de antisepcia actual, de modo que una intervención hecha según las reglas de la más rigurosa anticepsia no puede ser, generalmente, sino saludable y provechosa.»

Ahora bien; si muchos parteros y ginecólogos intervienen desde el momento en que se comprueba la retención y otros desde que conceptúan inevitable el aborto, no todos proceden al hacerlo, del mismo modo; pues mientras algunos proceden sistemáticamente por medio de instrumentos quirúrgicos, cureta, escobillón ó pinzas; otros se limitan siempre á las intervenciones manuales, *curage* ó legrado digital ó extracción manual. Ya veremos, dentro de poco, haciendo el balance de estos procedimientos como no se puede ser esclusivista, pues mientras en muchas ocasiones la cureta es un instrumento irremplazable en otros la mano prestará mejores y más útiles servicios, y algunas no menos numerosos por cierto, en que la intervención debe ser mixta, esto es, manual é instrumental sucesivamente. Vamos, por eso, á pasar en ligera revista los distintos procedimientos operatorios, procurando fijar sus indicaciones prác ticas.

Dilatación del cuello

Cualquiera que sea el procedimiénto operatorio que se elija, sea instrumentai ó manual, la dilatación del cuello es el tiempo preliminar de estas operaciones, y por lo mismo la hemos de estudiar en primer término.

Cuando la evacuación uterina se hace, como lo quieren los intervencionistas, desde que se considera inevitable el aborto ó apenas se comprueba la retención, este tiempo operatorio se suprime frecuentememte, porque el cuello permite con frecuencia la introducción de la cureta ó los dedos, para hacer el curetaje ó el legrado digital, y aun la mano entera en los casos en que la preñéz ha sido interrumpida á partir del 5.° mes; porque entonces, como veremos, después, el peso y volu-

men del feto que ha franqueado el cuello, es superior al de la placenta y por lo mismo el útero ofrece ancha vía por donde la placenta puede ser arrastrada, desde que la abertura del cuello puede permitir la introducción de la mano para hacer el alumbramiento. Desde el 5.° mes, puede pues, ser la intervención manual y antes de esa época solo instrumental ó digital.

La dilatación del cuello, es cosa tribial, y conocida, para lo que se han utilizado, gran número de objetos é inventado muchos aparatos ó instrumentos; se ha recorrido desde la esponja preparada, usada por primera vez por Bruninghausen y los tallos de laminaria, hasta las vegijas de Barnes y Charpentier de Rives, las bujías de Hegar y los dilatadores de Bonnaire, Tarnier y Bossi.

Muchos tocólogos utilizaron solo la mano para obtener la dilatación conveniente, insinuando primero un dedo en la cavidad cervical, despues dos, y así sucesivamente, hasta conseguir abertura capaz de permitir el paso del instrumen to elegido,

En ciertas ocasiones, ha bastado la dilatación del cuello, para determinar el desprendimiento y expulsión de la placenta, lo que se explica por el estímulo que produce sobre el útero el trabajo hecho en el cuello, despertando las contracciones adormecidas. Por eso algunos parteros, dando á la dilatación este alcance, dejan trascurrir algún tiempo una vez hecha la dilatación, antes de proceder á la extracción· Cuando se tiene en mira esta circunstancia, es claro que la dilatación digital, llena el objeto, y mas especialmente los tapones de gasa. Así lo hace Czempien, que cuando interviene para extraer los restos del huevo, hace la dilatación valiéndose de la gasa iodoformada, introducida en el cuello, al que rela-

ja con gran facilidad. Cuando la dilatación deba preceder á una extracción rápida, de urgencia, cuando en un solo acto operatorio deba concluirse la intervención, entonces debe acudirse á otros medios, entre los cuales las bujías de Hegar, serian ideales, cuando se opera por aborto y el de Bossi cuando se opera tras un parto ó aborto mayor de cinco meses.

Las bujías de Hégar hacen una dilatación fácil, gradual, uniforme, libre de todo peligro, sin exponer á las rasgaduras del cuello.

La *vejiga de Barnes* y el *balón de Charpentier de Ribes*, muy útiles en el Arsenal del tocólogo, porque tienen indicaciones precisas, dejan sin embargo de tener cómoda aplicación en los casos de retención, no solo porque la dilatación que hacen es mas lenta, sino porque son instrumentos, en que la asepcia es casi imposible, y su conservación erisada de dificultades.

El *dilatador tribalbo de Tarnier* es un instrumento excelente, pero á causa del tamaño de sus paletas, tendrá aplicación muy cómoda y útil cuando se trata de abortos de edad avanzada, de partos prematuros ó de término, pero de ninguna manera cuando se opera por retenciones placentarias que ordinariamente tienen lugar, en épocas en que su aplicación es imposible, á causa del poco desarrollo del útero.

En estos últimos tiempos se ha inventado un nuevo instrumento, llamado á prestar notables servicios: el *dilatador de Bossi*, es tríbalbo como el Tarnier; sus tres cuñas reunidas dan apenas medio centímetro, y es por lo mismo fácil insinuarlo en el cuello de un útero gravido, para obtener cierto grado de dilatación que permita ya sobreponerle tres cuñas de reserva, que permitirán hacer una dilatación mayor, resguardando el cuello. Se hace muy cómodo el instru-

mento, por su disposición especial con un tornillo para hacer la dilatación gradual y una aguja automática que marca en un cuadrante, graduado en centímetros, el grado de dilatación del cuello, evitando las infecciónes á que dan lugar los tactos repetidos. Su graduacion de 1 á 11 centímetros, permite obtener con fijeza la capacidad conveniente para cualquiera intervención obstetrica.

No he tenido oportunidad de usarlo en casos de retención, pero sí muy recientemente para terminar rápidamente en parto, por ataques de eclampsia, y estoy admirablemente sorprendido de su comodidad y precisión.—Me figuro por eso, que cuando deba intervenirse por retención placentaria, y la intervención deba ser manual, este dilatador prestará muy buenos servicios si cuando llega el momento de operar, el cuello impidiera el acceso de la mano.

Cuando la intervención deba ser instrumental, lo que como veremos en su oportunidad solo puede ser indispensable, en los primeros meses de la preñez, entonces el dilatador más ventajoso será el de Hegar, porque una matriz, cuyo cuello permita el paso de un bujia del N.° 18 ó 20, permitirá cómodamente la penetración de una cucharilla, de las que se emplean corrientemente.

Intervención instrumental

La intervención instrumental, en los casos de retención placentaria corre hoy á cargo exclusivamente de la cureta, creada por Racanicer en 1846 y el escobillón de Doleris.

Con el mismo fin se usaron también algunas pinzas rectas ó curvas, cuyas cucharadas tienen tamaño y forma distinta pero apropiada al objeto á que se las destina. Cada

partero adoptó generalmente un modelo distinto y se usan todavía las de Lebret, Depaul, Pajot, Engelman, Chamberlain y muy particularmente, la pinza á falso germen de Ward ó Loomis, Bonaire y Kelly.

El uso de las pinzas se restringe cada día; porque si la cucharilla, de que nos ocuparemos dentro de un momento, tiene algunos inconvenientes, debieron tenerlos mucho mayores, las pinzas, que cojen á ciegas y que pueden tomar ya un trozo de placenta, como pellizcar la mucosa ó hacer presa de la misma pared uterina, produciendo perforaciones ó inverciones más ó menos notables y dañosas.

La pinza para placenta de Bonaire, se compone de dos cucharillas romas articuladas de modo que pueden usarse como pinza ó como cucharilla, según las necesidades; la de Kelly es una pinza de curación corriente, solo que su longitud es proporcionada á su objeto; y la Ward, está formada de dos cucharas fenetradas, de seis centímetros de largo por cuatro de ancho, semejantes en su forma, á las cucharas del forceps de Tarnier; sus ramas están articuladas de modo que la una girando paralelamente sobre la otra se sobreponen, reduciendo su volumen y haciendo más fácil su insinuación en la cavidad uterina.

No obstante de estar convencido de que las pinzas deben proscribirse, para hacerlas instrumento principal de una intervención por retención, porque obran á ciegas; creo que en ciertas ocasiones, pueden prestar buenos servicios como auxiliares de los otros procedimientos operatorios y muy especialmente del curage ó legrado digítal como lo llama Ribemont. Sucede en efecto, que después de llevar la mano á la vagina, después de introducir los dedos en la cavidad uterina, el tocólogo, alcanza la placenta, se dá cuenta

de que está desprendida pero no la puede cojer para arrastrarla; y entonces, bien orientado por la situación de la placenta y su volumen, una pinza guiada por el dedo del operados, hace la presa y extracción sin riesgo alguno. Cuando tal situación ocurre, la extracción debe efectuarse haciendo girar suavemente la pinza sobre sí misma, con el fin de no romper las membranas, si estuvieran adheridas en algún punto. Asi lo hice siempre que tuve que usar las pinzas, que mas de una vez, me prestaron útiles servicios.

Curetage

El curetage es una operación que ha tomado definitivamente lugar entre las operaciones á que pueden recurrir el ginecólogo y el partero; porque sus indicaciones son bien precisas, y sus resultados muy alhagadores, habiéndose considerado la cureta como instrumento ideal para la eliminación de restos placentarios ó de membranas, retenidas después del aborto y el parto.

Se han hecho de la cureta varias modificaciones sobre su forma, y se la hace cortante ó roma, para destinarla á usos ginecológicos ó puramente obtétricos objetivo principal de la concepción de Recamier.

Tuvo la cureta, defensores ardientes que juzgándola instrumento irremplazable, hacian del curetage uso exclusivo y sistemático, eliminando todo otro procedimiento.

Entre los partidarios del curetage hay muchos que proceden apenas hecho al diagnóstico de retención, sin esperar la iniciación de accidentes, esos, son los evacuadores preventivos, para los cuales, la permanencia de restos de aborto en el útero, está llena de peligros para la madre; mientras que

otros, los evacuadores moderados, muy racionales desde luego, limitan con Pinard, el curetage á los casos en que se inician accidentes, esperando en ausencia de estos, que las contracciones expontáneas ó provocadas por el partero, determinen la eliminación; pero que como aquellos, intervienen á la primera señal de alarma, pero reclamando siempre para la cureta el lugar más prominente. Participan de esta opinión Doleris, Pozzi, Charpentier y Pichevin, Ribemont y Audebert.

No hay duda que la cureta es un buen instrumento y que el curetage es una operación ideal desde que con ella, se consigue eliminar la causa corriente de los accidentes que sobrevienen en el aborto y el parto, cuando han sido retenidas parte del huevo ó la placenta.

No podria sin embargo sostenerse exclusivismo al respecto, porque ni es posible aceptar á firme, que la cureta baste en todos los casos para la eliminación de los productos retenidos, ni que deba, por lo mismo, proclamársele como instrumento único á que puede recurrirse. Presta en efecto, el curetage muy útiles servicios, pero sus indicaciones son precisas, y no pocas las ocasiones en que debemos antes que á la cureta, recurrir preferentemente á otros procedimientos, reservando aquel como auxiliar que complete la toillete uterina; tal sucede, cuando un trozo voluminoso de placenta ha quedado retenido, y entonces el uso de la cureta es deficiente ó peligroso; en cambio, si se trata de uu aborto del primer trimestre, cuando los productos retenido son un trozo del huevo fragmentado ó de una placenta de reciente formación y por lo mismo de escaso volumen y adherencias poco firmes, entonces, la cureta es instrumento irremplazable: el curetaje, en esos casos, dá éxitos casi siempre; será la operación de elección.

El caso que acabamos de proponer, placenta de cierto volumen y los accidentes que se han presentado en algunos curetajes, accidentes que, por otra parte pueden producirse en todas las operaciones, han servido de fundamento á algunos tocólogos para declararse adversarios de la cureta que cosideran, por eso, peligrosa. Recientemente, en la Real Academia de Medicina de Bélgica, se presentaron algunos trabajos recordando los peligros del curetage. En Alemania Abel y Lenoir y Willard en Francia, han escrito trabajos importantes sobre el mismo tema. «Es un abuso censurable dice C. Zempien (1) raspar el útero sin mas reflexión y examen después de los abortos, sin haber reconocido los materiales expulsados, porque las cucharillas no sirven para extraer grandes trozos de placenta, sino para raspar porciones de la mucosa, y cuando se la emplea con mucha energía, puede originar hemorragias copiosísimas y hasta perforaciones del útero».

Se ha reprochado, al curetage: que favorece las hemorragias, que expone á las perforaciones y para muchos á la infección.

Para Willar (1) las hemorragias se producen porque la cureta pone á descubierto los senos uterinos de los sitios de donde han sido arrastrados los coágulos; las venas así abiertas dan mucha sangre, y aun cuando los defensores de la cureta digan que esta determina la exitación de las fibras musculares favoreciendo su contraccion, actuando mas bien como hemostático, el hecho no deja de realizarse algunas veces. No puede negarse en efecto, que el útero durante la retención no hace su involución normal y su actividad contractil dista de ser tan poderosa.

(1) Revista de Medicina y Cirujía práctica, 1893.
(1) Willar—Les Accidents du curettage de l'uterus, 1899.

No todas las hemorragias que sobrevienen con ocasión del curetage pueden imputarse á la cureta, porque las investigaciones de Petit y Pichevin han revelado que en las mujeres mayores de 30 años, multiparas, es frecuente encontrar alteraciones vasculares de la pared uterina que no son imputables á la endometritis sino mas bién á alteraciones vasculares, verdaderas varices, que son ya expresión de una alteración local, ya muy frecuentemente de un proceso arterio escleroso generalisado; y se comprende entonces, la posibilidad de ver producir hemorragias mas ó menos abundantes, cuando se interviene por restos placentarios.

Estos puntos establecidos y aceptados ya desde las investigaciones de Petit y Pichevin, deberán enseñarnos que cuando en el curso de un curetage, se produce una hemorragia, si es de escasa significación debe terminarse la intervención; pero si es muy abundante, la operación debe suspenderse, haciendo el taponamiento intrauterino; continuar sería peligroso, porque siendo su causa las alteraciones vaculares y no la retención, la operación no hará sino agravar el estado de la paciente.

Se le acusa también de ocasionar *perforaciones*. El útero en estado puerperal es extremadamente friable, el músculo está resblandecido, su pared adelgazada en el segmento correspondiente á la placenta, especialmente en los casos de retención, y se han iniciado accidentes, porque los microrganismos invaden el útero con gran facilidad, originando alteraciones de textura y aun verdaderos abcesos en el interior del tejido muscular. Es fácil producir una perforación en úteros así modificados, sobre todo, si existen de antemano condiciones que las favorecen, como las metritis y desviaciones uterinas.

Las desviaciones y especialmente las flexiones exponen en efecto, á las perforaciones, que se producen ya en el ángulo de flexión ó en el fondo. Las secreciones uterinas encuentran en ellas dificil salida á la vagina fomentando un estado de inflamación crónica, que determina en el fondo del útero un trabajo de resblandecimiento que alcanza hasta el ángulo de flexión, oponiendo, por este motivo, escasa resístencia á la cureta.

Los defensores del curetage, para quienes sin duda algo pesan los argumentos anteriores, pretenden que las perforaciones no son en manera alguna peligrosas. Liebmann y Dupuy (1) han sostenido la inocuidad de las fistulas utero peritoneales y Flœming ha perforado con el histerómetro una matriz, delante de sus alumnos, para probar su inocuidad, habiendo sostenido que no es error operatorio perforar la matriz, sino dejar de conocerlo para instituir un tratamiento apropiado.

Si en el terreno puramente ginecológico y actuando en un campo eminentemente aséptico, pudiera pensarse de esa manera, no es posible hacerlo del mismo modo, cuando se opera por placenta retenida, sobre todo, si se interviene por iniciación de accidentes. En estas condiciones, una perforación es deplorable, por los peligros de infección á que forzosamente expone; es por esto preciso, cuando se hace un curetage por retención placentaria, proceder con todo cuidado para evitar este accidente, prestando mucha atención no solo al acto operatorio sino en á la elección de una cureta aparente; precediendo siempre la intervención, de la exploración más escrupulosa que permita siempre que sea po-

---

1 Anales de ginecología 1885:

sible, determinar el volúmen y punto de inserción de los restos detenidos.

No puede imputarse al curetage que produce infecciones. La cureta es instrumento perfectamente aseptisable; sus riesgos á este respecto, son los de todas las intervenciones, muy particularmente evitables en este caso, si el médico sabe rodearse de los elementos y precauciones indispensables.

Que la cureta obra á ciegas, que hace una limpieza incompleta, por cuanto que, en esta operación, nunca se tiene la seguridad de haber recorrido todos los puntos de la cavidad uterina, es cuestión que tiene escaso valor. Si en los curetages del útero por retenciones del aborto, el hecho no es muy probable, desde que, el curetage, debe siempre ser precedido de atenta exploración con el histerómetro, mucho menos lo será, tratándose de retenciones placentarias en el parto, porque la exploración de la matriz, instrumental ó digital, enseña siempre con claridad el sitio de implantación de la placenta, para dirigir allí convenientemente la acción del instrumento. Es cierto que se han citado casos, como el de Moses (1) en que después de un raspado y cauterización de la matriz, vióse salir al día siguiente el tronco de un feto de 6 á 7 centímetros, que la cucharilla no pudo iluminar; pero se trata de un caso aislado, en que para decír lo menos, se había olvidado la historia del caso y en que la exploración fué indudablemente defectuosa.

Queda, pues, en pié la cucharilla como instrumento que presta utilísimo servicio, pero limitando su uso á casos especiales, los abortos de los primeros tiempos, en que los productos retenidos son una parte del huevo ó una placen-

(1) Loc cit.

lúmen de la parte retenída. Siempre que sea posible esta investigación debe hacerse con el dedo, este es el mejor histerómetro; el dedo siente y vé. Cuando la edad del embarazo lo permita debe pues hacerse una dilatación del cuello lo más avanzada que sea posible; este es, por otra parte, el único tiempo doloroso de la operación, pero el cuello no ofrece para entonces gran resistencia y pueden con cierta facilidad insinuarse bugías hasta el N.° 18 ó 20 de Hegar que permitirán una exploración digital tan completa como sea necesario.

Obs. IX.—J. S. de 19 años, primipara ha tenido un aborto de tres meses el 4 de Setiembre de 1902, pero la placenta ha quedado retenida. La profesora le hizo en el día algunas irrigaciones vaginales y una intra-uterina, sin resultado alguno.

2.° día.—La placenta continúa retenida: nueva inyección intrauterina y varias vaginales. La enferma se queja de dolores en el epigas trio—Loquios sanguinolentos.

3.° día.—El mismo estado, calofrio y fiebre de 39'2.—Loquios fétidos. Fuí llamado en este día.

El útero, blando, sobrepasa el pubis dos traveces de dedo.—Es doloroso á la presión.—La vagina caliente; el tacto revela que el orificio externo está entreabierto, pero el interno impide el acceso del dedo índice.—Fondo de saco posterior doloroso, está redondeado.—Propuse el curetaje, que fué aceptado por el médico de cabecera. Esta operación se hizo dos horas después, librando la entrado de la cureta con las bujias Hegar. La placenta insertada en el fondo del útero fué desprendida y extraída en dos ó tres fragmentos. Se pasó nuevamente la cureta por toda la cavidad, arrastrando algunos coagulitos fétidos.—Después: abundante irrigación intrauterina; taponamienio vaginal con gaza iodoformada. Al siguiente día: temperatura 37; los dolores han desaparecido; loquios sin olor. Curación.

Obs. X.—P. H. Washington N.° ha tenido un aborto de 60 días; el huevo ha salido roto—Las pérdidas sanguíneas continúan—Reposo—Irrigaciones calientes, vaginales é intrauterinas—Dos días después, la mujer continuaba perdiendo sangre y tiene algunos dolores.—No hay fiebre—Curetage que permitió extraer un congajo del huevo.—Curación.

Obs. XI.—S. F. Ingresó al hospital ocupando la cama N.° 8 de la sala de San Ramón el 6 de Marzo de 1902. Había tenido un aborto de cuatro meses—El feto ha salido, pero ha quedado la placenta desde hace 36 horas--La enferma tiene fiebre 39'8—Ha tenido calofríos repetidos; los loquios son fétidos—La palpación permite tocar el útero doloroso tres traveces de dedo por encima del pubis—Al tacto; cuello abierto, permitiendo el acceso del índice, pero no se alcanza parte placentaria—Desinfección rigurosa—Curetage (con la cureta de placenta)—Fué eliminada la placenta, que estaba ya desprendida—Se hizo el escobillado con un porta algodón intrauterino envuelto en gaza iodoformada—Irrigación intrautérina—Taponamiento del útero y vagina—A la mañana siguiente, temperatura 37°—Estado general excelente—Curación.

Escobillado

Doleris intervencionista radical, porque procede á evacuar el útero, en los casos de retención, sin esperar que la salud de la mujer esté comprometida, apelaba exclusivamente á la cureta, hasta 1886 en que hizo conocer en la Sociedad de obstetricia y ginecología de París un instrumento de su invención, el escobillón, con el cual se hacía más completa la eliminación de los restos placentarios.—En las retenciones hacía el escobillado ya primitivamente, ya consecutivamente á la cureta.

El escobillón de Doleris se compone de un tubo metálico sobre el cual, se implantan crines fuertes, siguiendo la forma de una espira. Este aparato era usado por su autor en todos los casos en que, después del aborto, hubieran quedado retenidos parte del aborto ó restos placentarios, porque para él, la presencia de estos cuerpos, expone á los peligros más graves, dada la dificultad de reposo, y rigurosa antisepcia en que deberá mantenerse la enferma.

Doleris interviene generalmente siempre que existe una interrupción en la marcha habitual de un aborto que conceptúa inevitable, y lo hace así: después de una minuciosa desinfección de la vulva y vagina, baja el cuello por medio de una pinza sacabalas y luego insinúa el escobillón dentro de la matriz, imprimiéndole un movimiento de rotación sobre su eje; raspando las paredes del útero y arrastrantrando hacia afuera los restos de placenta ó membranas retenidas. Los movimientos que se imprimen al escobillón, desprenderán los restos de placenta adheridos, mucho mejor que la cureta, porque recorre todos los espacios que pueden escapar á la acción de ese instrumento. Completan la intervención, una irrigación abundante y el taponamiento de la matriz ó vagina con gaza iodoformada.

Iguales reproches que al curetage hiciéronse bien pronto á la operación de Doleris. Se le imputaron hemorragias, septicemias y perforaciones y por último se dijo y sostiene todavía, que el escobillón, es impotente para hacer el desprendimiento de una placenta entera. Pero ni el escobillón fué ideado para hacer el desprendimiento de una placenta completa, hechando por eso por tierra con la argumentación que se funda en su impotencia, porque su uso especial es recojer, desprender y eliminar lo que á la cureta hubiera es-

capado; ni puede provocar hemorragias ó perforaciones, sino cuando, se opera con instrumento inapropiado ó en forma inconveniente. La hemorragia, ya lo dijimos en otra oportunidad, es un accidente, que depende en la generalidad de los casos, de alteraciones vasculares intrauterinas preexistentes.

La objeción mas seria que puede hacerse al escobillón, es sin duda alguna, la dificultad de ponerlo en aparentes condiciones de asepsia, y no hay duda alguna que, este instrumento ofrece, á ese respecto, tal inconveniente, que la cureta, de asepsia facil, le cierra el paso como instrumento de elección.

Se ha dicho, por último, que el escobillón no puede siempre hacer la evacuación total. Es preciso, á este respecto, tener en cuenta, que todas las intervenciones por retención placentaria, tienen por objeto hacer la evacuación total, pero quizá ninguno de los procedimientos usados hasta el día, pueden darnos esa garantia; razón por la cual, conviene frecuentemente asociarlas, según el caso que se asista y las dificultades con que se tropieza en una operación, por sencilla que parezca.

Sin experiencia personal, respecto de esta operación, porque todas las que hicimos fueron curetages ó legrados, digital ó manual, no podríamos emitir juicio alguno al respecto—Las dificultades de asepsia del escobillón, le alejan nuestra simpatía, á parte de que, el escobillón de Dolerís, es un instrumento sostituible, con ventaja por un tallo portamechas, al que se hubiera arrollado una tira de gaza aséptica; así lo hemos hecho y con éxito en algunas ocasiones, después de un curetage ó legrado digital, para completar la rigurosa limpieza de la mucosa uterina.

Intervención manual

La eliminación de la placenta puede obtenerse **también** sin el auxilio de instrumentos; la intervención puede ser exclusivamente manual; pero como quiera que el desarrollo del útero en las distintas edades del embarazo no permite el acceso de la mano en su cavidnd sino á partir del 5o mes, en que el volúmen del feto es ya superior al de la placenta, y antes de esa fecha, permitirá solo el acceso de uno ó dos dedos; se ha dividido este género de intervenciones, llamando *curage* ó *legrado digital* y más propiamente *extracción digital*, la que se realiza con los dedos, quedando la mano en la vagina, y *extracción manual* aquella en que, la mano entera penetra en la cavidad uterina,

Nos ocuparemos de ellas separadamente.

Extracción digital

Este método operatorio, el primitivo, porque ha precedido al uso de todo instrumento, háse conservado, sin que descubrimientos posteriores y sobre todo, la cureta, hayan podido relegarlo.

Ambrosio Paré hacia y aconsejaba siempre, la extracción digital en todos los casos de retención placentaria, cuando los procedimientos de espectación y de orden puramente médico hubieran fracasado.' Desde entonces se consideraba la intervención digital, como procedimiento de elección, exento de peligros, que se fueron alejando más todavía, con los perfeccionamientos de la desinfección y asepcia.

Como Paré, procedieron muchos de sus sucesores, generalizando así el procedimiento. Asi procedían Davis, Tyler Smiths, Simpson y Plaifair; y el mismo Fehling, que

aunque ardiente partidario de la cureta, recomienda comenzar por la intervención digital, cuando al cabo de 18 ó 24 horas, la placenta no ha sido eliminada.

En Francia Budin, Pinard y Maygrier son partidarios de la extracclon manual, que consideran como de elección en todos los casos, cualquiera que sea la edad del embarazo, y con ellos Riviere (1) que tambien es decidido por la extracción digital en el aborto incompleto, de modo que sólo en el caso en que no se obtiene el total de productos retenidos, apela á la intervención instrumental.

Abel (2), cuya reputación es conocida, hablando de las ventajas de la extracción digital se expresaba así en la Sociedad Médica de Berlín: «hay opiniones diametralmente opuestas, pues mientras unos proceden desde luego á emplear las cucharillas cortantes ó romas para raspar todo lo que puedan coger con ellas; otros no quieren operar á ciegas, sino que emplean antes procedimientos que permitan hacer accesible la cavidad del útero al dedo operador. El primer método es tosco y no quirúrgico, aunque sea el más generalizado. Casi no pasa ningún año sin que se dé el caso de que un médico tenga que comparecer ante los tribunales, por haber ocurrido la muerte de una muger, á consecuencia de la perforación del útero al tratar por este método un caso de aborto. Si se tiene presente lo blanda y relajada que está la túnica muscular del útero en estos casos, se comprenderá la precaución con que debe procederse, aunque se tenga práctica en tales manipulaciones, para no producir una perforación; recuérdese si nó, la memorable sesión de la sociedad ginecológica donde cuatro de sus

1) Gazeta ebdóm. de Bourdeaux 1874.
2) Terapeutische Marcatshefte julio 1897,

miembros dieron cuenta de cuatro casos con terminación mortal. Decir que no se ha cometido una torpeza cuando se perfora el útero, sino cuando no se conoce haberlo perforado, no deja de ser un sofisma. Semejantes desgracias tienen que suceder mientras se siga raspando á ciegas la cavidad de un útero gravido; lo que procede, por lo tanto, es llamar enérgicamente la atención acerca de este asunto. Hay colegas que para estirpar los restos placentarios no emplean mas instrumentos que unas pinzas abortivas ó la cucharilla cortante ó roma; no es extraño que así suceda, cuando hay compendios muy leidos que lo aconsejan. Yo insisto, sin embargo, en que es un método que debe proscribirse, tanto más cuanto que con él no siempre se consigue vaciar el útero, como he podido convencerme de ello en casos en que despues de haber empleado el raspado, continuaba la hemorragia, sostenida por pólipos placentarios gruesos y de un dedo de largo. Por esto, jamás empleo la cucharilla en ningún caso en que hallan quedado restos placentarios en el útero.» Despues de declararse enemigo encarnizado de la cureta aboga abiertamente por la intervención digital; precedida de un grado de dilatación conveniente, para hacer un prolijo exámen de la placenta retenida y su inserción.

Sin exajerar como lo hace Abel. los inconvenientes del curetage, no puede dejar de reconocerse que el *curage* es una intervención superior; el dedo como dice Colomby «es el menos ciego de los instrumentos,» orienta bien sobre el volúmen de los restos placentarias que han quedado en la matriz, dá idea clara de la zona de inserción. y durante la maniobra de extracción, el partero, distingue lo que debe eliminarse y lo que debe respetar; y si subsistieran dudas

de que algo hubiera quedado adherido, siempre está expedito el uso de la cureta ó del escobillón, que entónces, podrán dirijirse, casi con tanta seguridad como el dedo, porque se sabe la parte sobre que debe actuarse y hasta graduar bien el trabajo que debe ejecutarse. Con el dedo, ni se corre el riesgo de producir una perforación, ni las hemorragias son fáciles, porque durante las maniobras operatorias se mantiene un poderoso estimulo en el útero. Es pues una intervención inocente que presta momento á momento los mayores servicios cuando se opera con antisepcia.

Condición indispensable para realizar el curage es la cómoda penetración de los dedos índice y medio en la cavidad uterina; de modo que la intervención debe ser precedida de un cierto grado de dilatación, que puede hacerse por cualquiera de los procedimientos señalados anteriormente y muy especialmente por las bujías de Hegar ó aun con los dilatadores de Charpentier de Ribes, de Boissard ó simplemente tapones de gaza iodoformada, que en algunas ocasiones actúan muy eficaz y rápidamente.

El procedimiento operatorio es muy sencillo:

Colocada la enferma en posesión obstetríca, se introduce la mano derecha engrasada en la vagina, mientras que con la izquierda se sostiene el fondo del útero. Los dedos índice y medio se insinúan lentamente por el cuello, para enganchar la placenta si está desprendida ó hasta alcanzar su inserción si todavia está adherida, procediendo luego al desprendimiento, que puede ejecutarse ya sea introduciendo suavemente los dedos por las partes desprendidas colocándolos, así, poco á poco, entre la masa placentaria y la pared uterina, é imprimiendo á los «dedos un movmiento de va y ven» (1),

[1] Challeix, Vivie y Audebert.

hasta completar el desprendimiento, ó destruyendo los cotiladones por presión entre los dedos ó ya aplastándolos contra la pared. No queda, entonces, sino proceder á la extracción de los restos desprendidos.

La mano debe introducirse nuevamente, si existe la mas pequeña duda de que hayan quedado algunos restos, apelando si es preciso á una cureta roma (la cureta de placenta) que se pasará suavemente por el sitio correspondiente á la inserción, abatiendo con ella los últimos vestigios. La cucharilla, usada así, «será como la continuación del dedo», según la propia expresión de Grinfelt de Montpellier por cuanto actuará, casi sintiendo lo que hace.

Si la placenta estando desprendida, escapara á los dedos como suele suceder, ú ofreciera dificultades para engancharla, deberá acudirse á la maniobra bien conocida del profesor Maygrier, que consiste en precionar con los dedos índice y medio la pared posterior del útero por el fondo de saco de Douglas, mientras que con la mano izquierda se comprime la casa anterior y fondo, á través de la pared abdominal.

El legrado digital, debe hacerse bajo el cloroformo, por que es una operación dolorosa, sobre todo, en ciertas pacientes imprecionables y delicadas, Pinard y Walich, cuya autoridad en la materia, es universalmente reconocida, sostienen la necesidad de la cloroformisación para hacer el legrado digital, expresándose así: «Para practicar el curage es indispensable recurrir á la anestecia. A pesar de los inconvenientes que le reconocemos, y que nos la hacen rechazar, tratándose del curetage, la creemos indispensable en el legrado digital. Es en efecto, absolutamente necesario para practicar la operación, introducir la mano entera en la vagina y dos dedos

en la cavidad uterina. En la mujer no anestesiada, cuyas partes genitales no han sido suficientemente distendidas por un parto anterior, la maniobra es de las más difíciles. Ademas, despues del aborto, no tiene el útero el mismo desarrollo que al fin de la preñez, su pared muscular tiene una tonicidad muy grande, un estado de contracción difícil de vencer para penetrar y actuar entre la cavidad, cuando no está anestesiada. Los peligros del cloroformo, por último en el curetage, se deben á la hemorragia que se produce generalmente después de la operación, y este accidente, no se produce sino excepcionalmente después del curage; el dedo á diferencia de la cureta, ni dislacera la mucosa ni rompe sus vasos; no quita sino los cotiledones placentarios, verdaderos cuerpos extraños, que se pueden desprender sin inferir daño á la mucosa.»

El peligro de hemorragias dependientes del cloroformo no existe sino en los casos en que el legrado digital debió ser seguido del curetage, porque muy frecuentemente hay oportunidad de asociar estas dos operaciones; pero que pueden evitarse, haciéndolas en dos tiempos, es decir: practicar desde luego el legrado digital, hacer en suma el alumbramiento artificial del aborto bajo el cloroformo, y mas tarde, á las 12 ó 24 horns, si la temperatura se eleva, el curetage, cuyo procedimiento operatorio no varia, se trate de aborto, parto prematuro ó de término.

Fácil es pues salvar el inconveniente más serio de la extracción digital que es el dolor, destacándose entonces como procedimiento suave é inocente,

En cuanto á los detalles de todas las circunstancias que pudieran ocurrir durante esta operación, no haremos para exponerlas, nada mejor que trascribir la operación en los mismos términos que Pinard y Wallich.

«Anestesiada la mujer, atravezada en el lecho; despues de la desinfección de la vulva y vagina, y hecho el cateterismo, se practica una inyección intrauterina. Despues de estas precauciones, se toma con una mano el fondo del útero, mientras que la otra mano se introduce toda entera en la vagina. El índice y el medio alcanzan el cuello y penetran suavemente, sin violencia; los dedos van en busca de los restos placentarios, y los desprenden, mientras que la mano exterior suministra al útero un sólido puntó de apoyo, impidiéndole huir bajo el dedo que maniobra en su cavidad; cuando se cree haber completado el desprendimiento se hace la extracción. Los dedos, deben despues, volver á introducirse para recorrer toda la superficie intrauterina y ver si toda la superficie es lisa. Esta revisión muy importante debe ser especialmente cuidadosa, porque un trozo de placenta, escapando á los dedos, puede quedar retenido, en un pliegue de mucosa ó engatillada por la contracción uterina cuya pared adelgasada al nivel del punto en que la placenta se adhiere, se halla engrosada en la zona adyacente que es la que forma el engatillamiento; accidente que por otra parte no puede considerarse como fenómeno potológico sino enteramiento normal. Es, así mismo, conveniente, hacer ésta revisión primero con la mano que se hizo el legrado y despues con la otra. Cuando en el curso de la operación, se encuentran dificultades para cojer los cotiledones y extraerlos, entonces, el cambio de mano simplifica la operación, la extracción se facilita.

Vaciada la cavidad uterina, asegurados de que no han quedado restos, no hay mas que hacer una abundante irrigación intrauterina colocando una mecha de gasa salolado ó iodoformada en su cavidad.»

No todos los operadores proceden, sin embargo, como Pinard, haciendo un lavado intrauterino despues del curage; algunos como Abel, que á este respecto es intransigente, sostienen que el lavado intrauterino es altamente dañoso, produciendo colapsus y casos de muerte súbita. Los que piensan como él, hacen únicamente un lavado del fondo de saco posterior de la vagina con agua hervida á 40° R, seguido de un taponamiento vaginal.

En resúmen, el curage parece superior al curetage; es por lo menos mas inofensivo; de modo que en todo caso de retención debe comenzarse por él, apelando al curetage, en los casos en que hubieran dudas sobre la perfecta vacuidad del útero, ó fuera imposible por este medio.

Consigno en este lugar algunas historias de casos tratados por este procedimiento, en que el resultado ha sido ampliamente satisfactorio:

Obs. XII.—H. H. Domicilio Callao, edad 35 años—Multipara y bien conformada. Está en el 3er. mes de su embarazo y ha sufrido una caida, iniciándose en el acto síntomas de aborto: dolores repetidos, hemorragia abundante. — El tacto permite notar el cuello entre abierto, pero no se alcanza parte del huevo.

Segundo dia. Las pérdidas de sangre aumentan los dolores se repiten y entonces puede comprobarse al tacto que el aborto avanza, que tiende á realizarse: el cuello abierto deja tocar partes del huevo. En esta condición, ha permanecido 48 horas y la enferma ha tenido fiebre 38 5 precedida de escalofrios.

En esta condición, se acordó en consulta con el Dr. B. hacer la extracción digital, si la exploración permitía insinuar los dedos entre la placenta y la pared uterina. Así sucedió; hecha una desinfección muy escrupulosa, pude alojar la mano en la vagina é insinuar los dedos dentro del utero, que yo mismo sostenía por el vientre.—La placenta fué enganchada y extraida con cierta facilidad; estaba desprendi-

da y la maniobra no ofreció dificultad, porque solo estaba retenida por el cuello, cuya abertura aunque fácil de dilatar, engastaba la placenta. Lavado intrauterino y taponamiento vaginal—Curación.

En este caso no se hizo la anestesia, porque la intervención, fué á seguida del exámen, y el cuello no ofreció resistencia, cedió con docilidad y la enferma de espíritu levantado pudo soportar el dolor, que no fué muy prolongado por la rapidez de la operación.

Obs. XIII.—En la visita de hospital del 15 de agosto de 1900, encontré en la cama N.° 6 de la sala de San Roque, la enferma M. E. de 24 años, multipara—ha tenido 3 hijos de tiempo.—La enferma nos refirió que hacía tres días había tenido un aborto de 4 meses, que el feto había nacido muerto, y que la placenta no había salido. La temperatura en ese momento era 39°4, tenia sed intensa, su piel estaba seca y caliente, había naúsea y diarrea. Los loquios fétidos; la vagina caliente El cuello blando y doloroso está entreabierto, á travez del cual, el dedo, alcanzaba algo que por su consistencia parecia la placenta en medio de coagulos.

La enferma fué conducida á la sala de operaciones, donde después de la más minuciosa toillete de la vulva y vagina, se hizo una irrigación intrauterina, que ayudó la salida de muchos coágulos en putrefacción. La sonda de Bozeman Fritz con que se hizo el lavado, nos permitió tocar la placenta en el fondo de la matriz.—Se anestesió la enferma, y pudimos entónces, introducir la mano á la vagina y los dedos en la matriz, mientras que con la mano izquierda sosteniamos el fondo del utero por la pared abdominal; alcanzamos la placenta, la encontramos adherida y fuimos á buscar su inserción enel fondo, á la que llegamos con alguna dificultad, procediendo al desprendimiento y fragmentación, á causa de su friabilidad, arrastrando todos los fragmentos.—Creimos conveniente é hicimos, un curetage suave por la zona de inserción, barriendo así la matriz. Irrigación intrauterina con solución de bicloruro al 1×4,000 y drenage intrauterino con una mecha de gaza iodoformada—al siguiente día la enferma estaba apirética.

Esta intervención se realizó en plena intoxicación con el más feliz resultado.

Obs. XIV.—R. S. Domicilio Callao, calle de Constitución No. Multipara; ha tenido un aborto de 4 y ½ meses—la placenta ha quedado retenida 4 dias. Las tentativas de su médico, y los cuidados que le prodigó: inyecciones vaginales é intrauterinas, no han dado resultado alguno, la placenta continúa retenida; los loquios han tomado un olor fétido, la enferma tiene calofrios y fiebre—Fuí llamado en consulta, en la que se resolvió hacer la extracción digital, disponiendo todo convenientemente. Se hizo la desinfección de la hilera genital; se cloroformiso á la paciente, procediendo á hacer el legrado: mi mano derecha en la vagina, los dedos índice y medio, penetraron á la matriz (el cuello entreabierto, lo permitia fácilmente), alcance la placenta, llegando á su inserción y la desprendi lentamente, sirviéndome del apoyo que prestaba al utero la mano izquierda que comprimía el fondo á través del vientre: la placenta fué extraída íntegramente.—Lavado y taponamiento intrauterino—Curación.

Obs. XV.—J. S. de 24 años, multipara; ingresó al hospital, sala de San Ramón, cama número 4, el 3 de Febrero del presente año. Está embarazada de cuatro meses; desde hace dos dias tiene dolores en el vientre y algunas pérdidas sanguineas.—El interno le ordena reposo y laudano en poción y enemas. Los dolores continuaron lo mismo que la hemorragia, verificándose el aborto á las 10 p. m. Al siguiente día, durante la visita, la profesora me dió cuenta que el aborto se habia verificado, pero que la placenta no fué expulsada.—El cuello estaba abierto y se alcanzaba á tocar la placenta que parecia insinuarse por el cuello; «está asi mucho tiempo» nos dijo la profesora. La enferma fué conducida al cuarto de curaciones.—Se hizo un lavado minucioso de la vulva y vagina y procedimos á hacer un exámen minucioso: el cuello estaba abierto, ocupado por una zona de placenta, pero pudimos insinuar dos dedos entre el útero y la placenta, no alcanzando hasta su inserción como lo pretendimos, porque habia un extrangulamiénto de la placenta por una contracción

irregular de la matriz; apenas pudimos llegar al anillo de extrangulación. La enferma fué entonces cloroformisada, y así pudimos franquear el anillo con los dedos índice y medio, alcanzar la inserción placentaria, y hacer el desprendimiento y extracción.—Irrigación intrauterina.—Taponamiento vaginal.—Curación.

Obs. XVI.—V. L. de 23 años, doméstica, ingresó en mi servicio de partos, el 22 de Febrero último después de la visita, ocupando la cama número 10. Ha tenido un solo parto de término.—Tiene pérdidas sanguíneas y dolores escasos, se cree embarazada de cuatro meses, y la matrona le administra algunos enemas laudanizados, que ordenó repetir el iuterno de servicio en su visita de la tarde. En la noche la enferma tuvo un fuerte calofrío y fiebre alta 39°3. El 23 en la madrugada expulsó una mola hidatidiforme, de regular tamaño.—Su temperatura bajó á 38°; el cuello uterino se había cerrado; pero las pérdidas sanguíneas continuaron durante el día, lo que hizo sospechar que la mola no se había expulsado completa; y esa presunción se confirmó por la altura del fondo uterino que estaba dos ó tres traveses de dedo por encima del arco pubiano, como por tacto verificado en la mañana del 24, en que el cuello estaba nuevamente entreabierto, á traves del cual alcancé á tocar un trozo de placenta. —Se dispuso entonces lo necesario para la intervención, haciendo una prolija desinfección de la hilera genital.—Con la mano en la vagina, pude penetrar los dedos índice y medio entre la placenta y el cuello, pero no alcanzaba la inserción y la enferma se quejaba de mueho dolor, razón por la que hube de apelar al cloroformo, bajo cuya anestesia, pude actuar más eficazmente; alcancé la inserción haciendo el desprendimiento y extracción completa, que rectifiqué, por una y otra vez, recorriendo con los dedos la cavidad de la matriz, arrastrando las mas pequeñas partículas adheridrs todavía.

Comprobada la reacción uterina se hizo un lavado abundante; se colocó un tapón vaginal de gaza yodoformada y se administró una inyección de ergotinina, dejándole prescrita una dosis de 30 centigramos de ergotina, en alterna. Al siguiente día su temperatu-

ra era de 37°6. Nueva inyecclón intrauterina y nueva dosis de ergotina para cerrar la puerta á la infección.—Al siguiente dia su temperatura era 37°.—Su estado continuó satisfactorio; la involución uterina se hizo bien; y ocho dias después fué dada de alta.

En la pág. 41 (Obs. VI) dimos la historia muy interesante de otra enferma, tratada de la misma manera, por una retención placentaria de varios dias, con síntomas intensos de septicemia, y en que, como en la Obs. XIV hicimos el curetage después de la extracción digital.

Extracción manual

Si tratándose del curage, han podido existir divergencias cuando se compara esa operación con el curetage, sosteniéndose la superioridad de uno ú otro procedimiento con argumentos más ó menos valiosos; esas divergencias no existen, no pueden existir, cuando se trata de la *extracción manual* y se le compara con los otros procedimientos operatorios. Cuando la mano penetra en el útero proporciona datos de la más alta importación haciendonos conocer si la placenta está desprendida ó adherida, la extensión y grado de adherencia, llegando en algunas ocasiones hasta orientarnos sobre los casos de inversión parcial, que como se comprende, es sumamente importante conocer; dá en una palabra conocimiento exacto, del trabajo que debe ejecutarse para conseguir la completa eliminación de la placenta.

Esta intervención nos permite también conocer con presición el grado de soldadura de las membranas y lo que es más importante, los engatillamientos de la placenta y membranas, que se observan con relativa frecuencia, en los casos de metritis parciales, en cuyas zonas, las membranas adheridas facilitan sus engastamientos; y todo esto, sin el peligro de hemorragias, porque la mano cuando actúa dentro del útero, es el hemostatico más activo y eficaz.

La extracción manual, rodeada de tantas ventajas, había de tener sus limitaciones, que las hay en efecto, porque no es aplicable en todos los casos. Tal sucede cuando el embarazo se interrumpe antes del quinto mes, en que el desarrollo del útero no permite el acceso de la mano; pero desde esa fecha, la extracción manual es el procedimiento aceptado universalmente, aun por los mismos abstencionistas, que ocurren siempre á él en los partos de término.

A diferencia de la intervención por retencion en el aborto, en que muchos tocólogos se abstienen de operar, ó esperan un plazo más ó menos largo (24 ó 48 horas.) casi todos están de acuerdo en que, en el parto de término-trascurrido un plazo variable entre ½ ó 1 hora, sin que el alumbramiento haya tenido lugar, debe procederse á la evacuación uterina. Naturalmente, se estará autorizado para intervenir mas perentoriamente, si el alumbramiento, habiendo sido normal en su duración fué incompleto, ó si antes de ese término hubieran circunstancias especiales que lo exijan.

En otro lugar, dijimos ya, que la placenta retenida, envuelve los más sérios peligros, de los que unos son inmediatos y otros más ó menos tardios. No deberémos volver á insistir sobre el particular; pero si exponer, cuales son las condiciones que deben presidir la extracción manual; si esta debe realizarse desde el momento en que por haber trascurrido un cierto plazo, se considera el caso como de retención ó si ha de esperarse los primeros accidentes.

Considéranse entre los motivos que obligarán á intervenír prematuramente, aquellos en que se inicia una hemorragia interna ó externa, sobreviene la retracción uterina con oclusión más ó menos completa del orificio interno, ó que la

palpación abdominal revele una contracción irregular de la matriz, que constituye un signo de engastamiento placentario.

El procedimiento operatorio que nosotros describiremos, refiriéndonos principalmente á la retención en un parto de término, es aplicable exactamente á los partos prematuros, y en general, á las retenciones á partir del 5º mes, sólo que entonces, las dificultades para la penetración de la mano serán mayores, no solo porque en esa época el segmento inferior del útero no tiene la disposición fisiológica que al fin del 9º mes, siendo más grueso y resistente, sino á causa de las dificultades para la extracción, porque la separación de la caduca uterina no es tan completa sino al fin del 9º mes, y su separación, por lo mismo, mas difícil.

Ya en otra oportunidad, estudiando las causas de las retenciones, dijimos, que la placenta retenida, podía estar desprendida ó adherida, por su volúmen considerable ó la retracción rápida del cuello en el primer caso, y por la falta de retracción del cuerpo del útero en el segundo.

Adherida ó desprendida, la placenta puede estar extrangulada total ó parcialmente, ya en el cuello ó dentro del útero á consecuencia de contracciones irregulares, originadas muchas veces, cuando para el alumbramiento se han puesto en práctica amasamientos defectuosos ó tracciones inconvenientes que producen un estímulo en la zona de inserción placentaria, que dá por resultado la formación de un anillo que retrayéndose, encarcela la placenta mas ó menos completamente. Algunas veces, en efecto, queda toda encarcelada, tomando el útero la forma de un reloj de arena, con una retrocavidad que aloja la placenta, y que puede fácilmente reconocerse por la palpación abdominal y aún á la simple

vista; otras veces es solo un cotiledon el encarcelado, quedando el resto de placenta aprisionada por el anillo extrangulado.

No son raros los casos en que los engatillamientos se encuentran sin haber mediado maniobra alguna del tocólogo, formándose entónces, en concepto de Pinard, por inercia parcial de la matriz en la zona de implantación de la placenta en que la pared uterina está mas adelgazada; para lo cual, el tejido uterino se retrae, formando el anillo de estrangulomiento al rededor de esa zona, que acaba por encerrar una parte de la placenta, despues de haber desprendido la otra parte.

La placenta, por último, sin encarcelamiento alguno puede estar retenida por la fusión entre el tejido placentario y la pared uterina. Ya veremos dentro de poco la conducta que conviene seguir en esos casos.

Obstáculo dificil de vencer ofrecen para el alumbramiento artificial los encarcelamientos; la extracción manual se dificulta en algunas ocasiones, de tal modo, que requieren la cloroformisación inmediata.

El procedimiento operatorio, de la extracción manual, es por lo demás, muy sencillo; se requiere solo antisepcia rigurosa para evitar la infección y serenidad suficiente, porque el cuadro que el médico tiene á su vista y la angustia de las personas que rodean la enferma, es aveces, muy aparatoso é inquietante. Colocada la enferma en posición obstétrica, se desinfecta convenientemente la vulva y vagina; envuelto que sea en gaza el cordón, y confiadas las piernas á los ayudantes, el médico sostiene con su mano izquierda el fondo de la matriz; mientras que la derecha, bien desinfectada y siguiendo el cordón, se introduce en la

vagina y luego al útero. La práctica dc sostener el mismo operador el fondo del útero con la mano izquierda, cuando esto es posible, porque en la generalidad de los casos ha de confiarla á un ayudante, facilita la operación, porque entonces encuentra el útero un punto de apoyo mas firme y convenientemente dirigido. Cuando la placenta y membranas están ya desprendidas, la operación es fácil y termina pronto con la extracción, la mano entera tomando por atrás la placenta, la engancha y atrae al exterior. En este caso, como en todos los otros, debe introducirse nuevamente la mano, para arrastrar los restos que hubieran quedado y los coágulos; retirando entonces la mano muy suavemente, mientras se amasa la matriz, de modo que la mano sea retirada seguida de la contracción uterina; así queda asegurado el globo de seguridad de Tarnier. Un baño intra-uterino prolongado de solución dé Fenosalilo (1) al 1 °/₀₀ de Bicloruro 1/4000 ó de Permanganato de potasa al mismo título, y una mecha de gaza iodoformada en la vagina, concluyen la intervención.

Cuando la placenta está adherida, la mano procura despues de alcanzada la placenta, llegar hasta su borde, procediendo á su desprendimiento, que no debe en ningún caso hacerse introduciendo los dedos en la masa placentaria, sino que juntándolos todos debe imprimir á la mano así dispuesta, un movimiento de arriba abajo, en actitud de «rasgar la vi-

(1) El fenosolilo es una mezcla poderosamente antiséptica, usada por Forgue en el hospital de San Eloy de Montpelller y que uso á diario en mi servicio de Bellavista, con brillantes resultados; su fórmula es:

Acido fénico	9 gramos
id. salilico	1 »
id. láctico	2 »
Timol	10 centígramos
Mentol	10 centígramos
Eucaliptol	10 centígramos
Glicerina	0.75.

huela,» según la gráfica expresión de un partero; si no existen adherencias anormales, esta separación es fácil. En el caso de estar la placenta parcialmente adherida, la operación se simplifica, porque no hay sino que continuar el desprendimiento, según acabamos de indicar, introduciendo la mano en el ángulo de separación.

Cuando la placenta está engastada, la cosa es más difícil. En ningún caso, si el engastamiento es parcial, debe extraerse la porción no extrangulada, porque sin la resistencia que ofrece la placenta, aumentará la retracción del anillo de extrangulación, y las dificultades, por lo mismo, serán mayores; el anillo será no solo más estrecho sino más resistente. En esa clase de engastamientos, el médico procurará insinuar en el anillo un dedo, dos, tres y así hasta alcanzar el punto de adherencia, que desprenderemos aproximándonos en cuanto es posible á lo que llevamos dicho para el desprendimiento, arrastrándola fácilmente cuando ha pasado el anillo. La prudencia más exquisita debe aconsejarse en el desprendimiento de una placenta engastada, porque las paredes del saco están muy adelgazadas y expuestas á perforaciones. En los casos de engastamiento, el cloroformo ayuda mucho, disminuyendo las resistencias.

En los casos en que el engastamiento es solo de las membranas, cosa que por otra parte, en muchas ocasiones, solo se reconoce cuando la mano entró en la cavidad uterina (Obs. II), debe seguirse una conducta, en todo igual á la de los engastamientos placentarios, procediendo muy delicadamente para no dejar un trozo adherido.

Cuando la placenta ha salido fragmentada, aparte de que debe introducirse nuevamente la mano, ha de procurar integrársele afuera para saber si ha salido completa.

Durante la extracción de la placenta, es posible á veces, conocer si quedan todavía restos de ésta ó membranas en el útero. Durante la extracción y «con un poco de atención y buena vista dice Tarnier, tomando la precaución de extender las membranas tensas que desde la placenta extraída se pierden en la vulva, se puede diagnosticar la presencia de una placenta accesoria si estas membranas. están recorridas por algunos vasos que vinieran á desembocar á las arterias y venas umbilicales que serpean en la placenta extraída»; tal sucede en los casos de placenta *biscoidal*; y en ese caso, sin concluir la extracción de las membranas debe reintroducirse la mano, para obtener el desprendimiento de la placenta ó cotiledon accesorio.

Buena precaución será, por estas consideraciones, lavar la placenta y membranas después del alumbramiento, para quitar los coágulos, pues ese exámen revela ó pone de manifiesto, en algunas ocasiones, los vasos de que acabamos de hablar; vasos que entonces, se interrumpen súbitamente en las membranas constituyendo la indicación de hacer una nueva exploración intrauterina.

Dijimos también que no solo la placenta podía ser retenida sino también las membranas. Cuando estudiamos el desarrollo del huevo, á través del embarazo, hemos visto como desde el 6.° mes, se inician los fenómenos preparatorios del parto, completándose la soldadura de la caduca ovular y uterina, y como principia al mismo tiempo en el cuerpo de esta última la línea de separación entre la parte de caduca uterina que debe eliminarse y la que debe quedar para renovar la mucosa. Ahora bien; esa línea de separación no se completa sino al fin del noveno mes, de tal modo, pues, que las interrupciones del embarazo, durante el 5.° y 6.° mes y en los

partos prematuros, sorprenderán inconclusa esta separación, y por consiguiente con dificultades para efectuarse el desprendimiento de las membranas en toda su extensión. Afortunadamente, comenzando ese trabajo de separación por el cuello y caminando hácia la placenta, el desprendimiento de esta obliga generalmente la separación de las membranas.

Estas precedentes consideraciones explican pues, con bastante claridad, como á medida que el embarazo avanza en edad acercándose al fin de la preñez, los abortos ó partos prematuros, van asemejándose á los partos normales, y las retenciones son menos fáciles, á no mediar alguna circunstancia especial que retarde ese trabajo de separación, ó causa patológica que favorezca adherencias parciales, en cuyo caso la mano encuentra las membranas pegadas y la matríz con tendencia á engatillarlas en ese mismo lugar.

El que practica en este ramo, que sin duda ha tenido muchas veces oportunidad de intervenir por retenciones placentarias, habrá tenido ocasión de comprobar todas nuestras observaciones al respecto, razón por lo que conceptúo innecesario, consignar aquí historias clínicas, que se repiten cada día en la práctica de la ciudad y el hospital, limitándome á solo dos; refiérese la primera, á una retención por volúmen enorme de la placenta con degeneración grasosa, y el otro á una placenta engatillada y con adherencias muy firmes.

Obs. XVII.—Sra. C. de M. multipara, casada; después de dos partos de término y normales, ha tenido tres ó cuatro también de término, pero con feto muerto antes del parto,—en algunos, hasta diez ó veinte dias,—según han podido comprobar los médicos tratantes. —Ha llegado en esta vez al término de la preñez, teniendo la esperanza de tener su hijo vivo, porque hasta dos dias antes de suparto, ha tenido la sensación clara de movimientos fetales. El parto se ha

verificado á la 1 a. m; feto muerto, con signos de que lo estaba desde hacía algunas horas — la placenta no se eliminó hasta las 2 a. m., y la profesora pidió el concurso de un médico.—Yo tuve ocasión de atenderla: había pasado más de una hora y no había signo alguno de desprendimiento. La circunstancia de haber salido el feto lijeramente macerado, me obligaron á intervenir en el acto, á pesar de que lo estaba yá en razón del tiempo trascurrido después del parto. Hice la extracción manual, obteniendo una placenta enorme en degeneración grasosa que pesaba 1800 grms. y que estaba adherida en la cara anterior y fondo del útero en una zona muy extensa.—Puerperio normal.

Obs. XVIII—Señora N. O. de 30 años más ó menos; ha cumplido los nueve meses de su embarazo que ha evolucionado normalmente—Antes de su embarazo había sido tratada de una endometritis (no hay más datos.) Su parto fué de larga duración por feto muy desarrollado, terminando á las 2 p.m. con una aplicación de forceps que le hizo su médico. La placenta no ha salido después de una hora en que se le hacían algunas inyecciones vaginales é intrauterinas; se hizo la expresión uterina sin resultado. A las 8 p. m. asistí á una consulta con los doctores C. y M. y el suscrito, en la que se resolvió hacer la extracción manual, que realicé inmediatamente ayudado por el Dr. C. encontrando la placenta adherida y engatillada en un cuerno izquierdo de la matriz; salió en varios fragmentos. Habiendome quedado la sospecha de que un pequeño fragmento completamente adherido había quedado en el saco de estrangulación, se tentó dos ó tres veces la extracción hasta que nos pareció que la matriz estaba vacía. Desinfección intrauterina y vaginal. Convalecencia normal.

Histerectomia

Habiéndose planteado en los últimos tiempos la necesidad de practicar la histerectomia abdominal ó vaginal en algunos casos de retención placentaria, creo interesante rea-

sumir aquí, aunque sea brevemente, el estado actual de la cuestión.

Desde que Bouilly en 1886 hizo su primera laparotomia para lavar el peritoneo en un caso de infección puerperal localisada en esta serosa, trabajo de que se dió cuenta en el Congreso de Cirujía de 1890, y Schulz y Skutsch (de Jena ambos) practicaron con éxito la histerectomia abdominal por infección con retención placentaria y Rosemburg (de la Haya), la practicó por la via vaginal después de seis días de un aborto de cuatro meses; desde entonces decimos, se han sucedido las intervenciones, que día á día toman mayor vuelo, abriendo nuevo campo de acción á los ginecólogos, que han ido hasta hacer la histerectomia abdominal, en casos de septicemia puerperal generalizada, con predominio de los síntomas generales sobre los locales. Price y Lapthown Smits han hecho después laparatomias con exportación del cuerpo del útero por peritonitis; Goldsborongh (de New York) y Sippel, han praticado la panhisterectomia en seplicémias generalizadas, interviniendo al 5.° ó 6.° día después del parto.

Estas intervenciones tuvieron éxito distinto, de modo que la discusión entre parteros y ginecólogos se ha continuado y continua con empeño hasta el presente.

Pinard frente á frente de los intervencionistas, acepta que se haga la histerectomia en casos desesperados, pero de ninguna manera que se instituya como fórmula de tratamiento, para los accidentes infecciosos del puerperio. Respecto á los casos laparotomisados, se pregunta si el curage, curetage ó recuretage, ó la irrigación contínua racionalmente empleados, no habría dado mejor resultado? Piensa Pinard que en esos casos de septicemia por retención una dilatación con los medios maravillosos de que se

dispone en la actualidad, habría seguramente prometido realizar el curage en condiciones verdaderamente eficaces y por lo mismo superiores. La ablasión de un utero infectado no es racional, dice, en ningún caso porque, si se opera antes de los accidentes graves, por temor á la generalización de la infección, expone á quitar inútilmente un utero que ha podido tal vez, salvarse por cualquiera de los procedimientos recomendados; y si se opera cuando los accidentes generales han estallado ya, será inútil é insuficiente.

En el Congreso Internacional de ginecología y obstetricia de Roma (1902) Fehling (de Strasburg). (1) leyó una comunicación sobre la histerectomía en el tratamiento de las infecciones puerperales que vamos á reasumir. En ese notable documento, el autor, establece bien claramente dos grupos de infecciones, clasificación que, en nuestra modesta opinión, puede dar la clave del asunto. Practicamente, dice, hay dos clases de infección; las infecciones por intoxicación, la sapremia de Duncan, en la cual solo los productos microbianos, las toxinas de la putrefacción, las toxalbuminas elavoradas por las bacterias, son las que van á la sangre, las que circulan; porque en este proceso de orden puramente saprofitico, las bacterias no penetran sino en la capa superficial de la mucosa necrosada y particularmente de la decidual; en estos casos, cuando cesa la producción de toxinas, y se eliminan las que están en circulación, la infección desaparece y el enfermo cura. En la otra forma de infección, en la verdadera septicemia puerperal, penetran en la circulación los gérmenes patógenos, penetración que se realiza por los vasos sanguíneos y linfáticos. Esta infección de diversos grados, de variadas modalidades clinicas, se de-

(1) Revue de gynecologie et de chirurgie abdominale.

be á la penetración de los gérmenes al nivel de la inserción placentaria. Esos gérmenes en circulación, generan toxinas, y se reproducen incesantemente.—En esos casos las consecuencias para el pronóstico dependen exclusivamente de la cantidad de antitoxinas de defensa.

En el primer grupo de infecciones, representadas por el *tipo difteria*, los agentes productores de toxinas quedan localizadas; en el segundo, circulan con sus productos, y la infección tiene un sello especial de generalización, cuyos variados síntomas describimos ya en otro lugar. La natura leza de las lesiones locales y las manifestaciones generales, sirven de fundamento al pronóstico.

Ahora bien: la dificultad para resolver sobre la oportunidad de intentar con probabilidades de éxito la histerectomia, dependen en este caso, no del diagnóstico de la enfer medad ni de la técnica operatoria, sino de las indicaciones mismas de la operación, porque las tentativas para hacer la clasificación bacteriológica de las diferentes formas de infección puerperal, hechas hasta aqui, no han dado resultado satisfactorio. Para Fehling la histerectómia en los casos de infección puerperal generalizada, es superflua en en los casos lijeros, é inútil en los casos graves porque viene tarde; al contrario en los casos en que la infección por un motivo ú otro permanece localizada en el útero, tal como sucedió en el caso operado por Schulz, ó en que se trate de una retención total ó parcial con putrefaccción consecutiva, en que es imposible obtener la extracción de la placenta ó un huevo en putrefacción, á causa de una estrechez infranqueable del conducto genital ó del peligro que resulta de heridas numerosas y recientes en el mismo trayecto; enton-

ces es que puede esperarse con fundamento, que la intervención tenga éxito.

Después de tomar en seria consideración todas estas cuestiones previas y una estadística de 61 histerectomia por septicemia puerperal, ha llegado Fehling á las conclusiones siguientes: 1ª Las enfermedades puerperales de los órganos genitales, pueden dividirse en dos grupos: afecciones tóxicas y afecciones infecciosas; 2ª en la intoxicación (saprohemia), el útero es el único foco morboso; en la infección es rara vez limitado al útero; casi siempre se trata de una infección grave que ha invadido todo el organismo.—3ª La extirpación de un útero puerperal en los casos de septicohemia generalizada no da esperanzas de éxito; la operación no es de aconsejar, 4ª La estirpación del útero puerperal está indicada solamente en los casos en que el foco de infección ó de intoxicación está circunscrito al útero, á saber, en la retención con putrefacción de fibromas durante el puerperio ó de restos ovulares durante el aborto, á condición, sin embargo, de que no haya posibilidad de quitarlo por otros medios que la histerectomia. 5ª En caso de metroflebitis puerperal (piohémia) la histerectomía puede ser útil á condición de ser completa por la ligadura ó extirpación de las venas atacadas de trombosis en el ligamento anchò y las venas útero-ováricas. Esta última operación puede también practicarse separadamente.

Para Fehling pues, la histerectomía es una operación que tiene sus indicaciones en el puerperio, en los casos de retención placentaria, imposible de eliminar por otros medios menos cruentos.

Sobre el mismo tema y en el mismo congreso de 1902, se presentaron otros trabajos, sobresaliendo los de Leopld,

Treube y Tuffier, algunos de los cuales abogan también con entusiasmo por la histerectomia vaginal ó abdominal en los casos do retención invencible de la placenta con accidentes septicémicos, abarcando algunos todos los casos de septicemía.

Muy recientemente Pinard, consecuente siempre con sus opiniones al respecto y que reasumismos hace poco, hizo en el congreso de Madrid reunido el 27 de abril pasado, (1903) una comunicación interesante. En ese trabajo, después de enumerar todas sus investigaciones y las de sus discípulos sobre esta materia, que viene preocupándolo desde 1885, examina las conclusiones á qne han llegado Fehling, Treube, Leopold y Tuffier del congreso de Roma (1902) y opina que la histerectomia en el tratamiento de la infección puerperal aguda post partum ó post abortum con accidentes toxi infecciosos, sin localisaciones extra uterinas clínicas, está todavía lejos de ser resuelta. Para llegar á esta conclusión plantea las dos cuestiones siguientes:

1ª ¿En qué medios él ó sus colaboradores han sido impotentes en los casos de infección puerperal?

2º En qué casos seguidos de muerte, la clinica, la bacteeologia ó la anatomía patologica, han podido suministrar indicaciones para la histerectomia?

El profesor Pinard, después de tomar en consideración los partos y abortos asistidos en el servicio de Baudelo que, de Enero de 1890 á igual fecha de 1903, que alcanzaron á la cifra de 26,952, y en que la mortalidad por septicemia fué de 69 ó sea 0.25 %; en dos de cuyos enfermos se hizo con mal éxito la histerectomia, encontrando después de la muerte lesiones extrauterinas que la clinica no pudo dar á conocer; después de tomar en cuenta los exámenes bacte-

reologicos de la sangre y del contenido de la cavidad uterina de estos enfermos, hechos por Roux Widal y Marmorek, ha llegado á estas conclusiones; 1ª la clinica, la bactereologia y la anatomía y patología, son impotentes hasta la hora actual para suministrar una indicación de histerectomía en la infección puerperal aguda. 2.° La indicación racional de la histerectomia en las infecciones puerperales agudas, no existe.

Cortiguera de Santander, en cambio, sostuvo en el mismo congreso que en ciertos casos de infección puerperal aguda, cuando los medios locales, no son suficientes para combatir la infecto-toxemia, la histerectomia está indicada; pero aboga mucho por la medicación conservadora, porque si bien es cierto que en algunos casos la infección es puramente uterina y solo las toxinas son reabsorbidas, es en cambio dificil encontrar signos que permitan asegurar, que esa infección sea únicamente localizada en el utero, ó que permitan preveer la manera como terminarán sin intervención.

Inclinándose en sentido idéntico á Pinard, sostuvieron Doleris (de Paris) y Cortijerena de (Madrid) que no había hasta este momento, base suficientemente sólida para resolverse por la afirmativa, esto es, para encontrar indicaciones precisas, para tentar provechosamente la histerectomia. «Es una cuestión muy nueva, apenas está planteada, y sin resolverse, dijo el primero, para formular reglas precisas al respecto.» «La infección puerperal, agrega el ilustre partero francés, es un proteo, de difusión tal y de localisaciones tan multiples que tratar de enrayarlo por una gran operación le parece un error. Para ser lógico seria necesario operar al punto, pero es peligroso hacerlo desafiando nociones clinicas, que enseñan que la apariencia dramática con que se in-

cian las infecciones, está comunmente sujeta á caidas rápidas; y operar tarde es estrellarse seguramente contra las lesiones generalisadas.»

Lejos parece pues, todavía, la solución de este importante problema de alta cirujía ginecológica, porque las personalidadades que discuten el asunto, son de renombre universal. Es todavía una cuestión que se debate con calor en el seno de instituciones ciencificas; pero no podemos menos que reconocer que tiende á resolverse y que lo será muy probablemente en el sentido de autorizar la intervención en los casos de retención placentaria con infección en que hayan fracasado las diversas tentativas para eliminarla. La placenta retenida, es en efecto, fuente fecunda de accidentes, y ¿y qué podrá hacerse, cuando el partero, ha visto y tentado sin éxito, el curage, curetage ó extracción manual, y estas tentativas le han dado el convencimiento, de que la placenta está muy adherida, de que entre la placenta y el utero existe verdadera fusión, y en esta condición se inician ó reagraban los sistomas de infección?



Resumen

En los diferentes capítulos en que dividimos el presente trabajo, hemos enumerado las causas de retención, para cuyo mejor estudio debimos remontarnos á bosquejar someramente la evolución del huevo á travéz del embarazo, para deducir el grado de frecuencia de los abortos y retenciones en sus diversas edades y su mecanismo. Nos ocupamos también, de los variados tratamientos de que echaron mano tanto los abstencionistas que limitan toda su actividad á los cuidados ordinarios de desinfección y asepcia; como de los intervencionistas. En esa crítica de procedimientos que hicimos en la extensión que permite una tésis, vimos el provecho que puede sacarse del *taponamiento, inyecciones vaginales é intrauterinas, irrigación continua, dcl masage,* de la *electricidad* y de varios *medicamentos*, cuyos servicíos son positivos.—Hemos, por último pasado en revista los procedimientos de intervención: *curetage, curage, extracción manual*, y las *histerectomias*, anotando en la discusión de cada uno de estos procedimientos, sus ventajas é inconvenientes y los peligros que pueden imputársele, asi como las indicaciones especiales de los casos en que su empleo está justificado; exponiendo en cuanto al último, todas las opiniones de las autoridades quirúrgicas que hoy tienen entre sus manos la solución de asunto de tan alta importancia.

Y ahora, después de haber analizado todos los métodos de tratamientos antiguos y modernos, usados en las retenciones placentarias, haciendo resaltar sus ventajas y exponiendo con imparcialidad sus inconvenientes y peligros ¿de-

bemos ser abstencionistas ó intervencionistas? ¿Cuál es la conducta á que debemos ceñirnos, cuando estemos frente á un caso de retención placentaria?

No hay cuestión, ni puede haberla, respecto de las retenciones del *post partum*, porque uniformemente todos los parteros están de acuerdo en que pasado un tiempo racional y relativamente corto (½ ó á 1 hora), sin que la placenta hubiera sido eliminada expontáneamente ó con ayuda de moderadas maniobras de tracción y expresión, debe intervenirse y que el procedimiento de elección es la *extracción manual*; pero en las retenciones fuera de esa época, no existe igual acuerdo y por lo mismo, se hace necesario definir bien nuestra situación, en términos que no nos permiten trepidar cuando estemos frente á un caso de retención plataria.

No es posible, en concepto nuestro, ser abstencionista ó intervencionista radical y absoluto; porque no es dable desconocer que con los elementos de desinfección de que el médico está armado al presente, puédense alejar los peligros de infección, dando lugar á que la placenta abandonada un cierto tiempo en la cavidad uterina, pueda ser expontáneamente eliminada. Estadísticas numerosos, pacientemente recogidas por Tarnier y otros como él partidarios de la expectación, demuestran que es considerable el número de intervenciones evitadas, y la práctica diaria lo confirma entre nosotros.

Pero como todos estos recursos, se agotan algunas veces, sin éxito alguno, y no es posible dejar de conocer, la serie numerosa de peligros que corre una enferma con retención placentaria, porque este cuerpo, extraño ya, desde que ha concluido su función es terreno favorable para el

desarrollo de gérmenes que pueden minar seriamente su existencia; su eliminación se impone, porque solo así puede restablecerse la calma, evitarse los peligros. No solo deben tenerse en cuenta para resolver la intervención, los peligros de infección, sino toda la serie de accidentes que se derivan de esa retención, entre los que están las hemorragias, que son copiosísimas en algunas ocasiones. Es lógico, pues, pasado cierto tiempo activar, ayudar ó hacer la eliminación de la placenta.

No debemos olvidar, al establecer nuestra conducta que juega papel muy importante el medio; «es necesario, dice Colomby, (1) distinguir la práctica de la ciudad y la del hospital. Es incuestionable, en efecto, que la retención de la placenta, puede complicarse de un momento á otro, de hemorragias algunas veces muy graves; si en un servicio de partos semejante accidente se produce, habrá siempre cerca de la enferma, personal capás de proporcionarle eficáz asistencia.—En la ciudad, al contrario, esta vigilancia no siempre es cómoda la antisepcia dificil de realizar, los peligros de infección fáciles, y por esto, no deberá dejarse una enferma con placenta abortiva retenida en la cavidad uterina; para ponerla al abrigo de los accidentes que pueda sobrevenirle de un momento á otro, es necesario eliminarla; debemos pues intervenir.»

Donde quiera pues, que una enferma pueda ser vigilada, la espectación permite obtener resultados favorables, porque la oportunidad de intervenir al menor asomo de accidentes, nos encontrará siempre preparados; pero donde la enferma no puede estar rodeada de tales garantías, es preferible intervenir; en esos casos el médico no debe abandonar

(1) Colomby.—Recherches sur la Retention du placenta dans l'abortement.

su enferma hasta que no haya eliminado todo lo que sea un peligro para su vida. Donde existan facilidades para asistencia oportuna, no sostendremos que se debe esperar, pero sí, que se puede esperar; porque durante la espectación armada, puede obtenerse la eliminación placentaria sin necesidad de intervenir, encontrándonos listos para hacerlo á la indicación mas lijera.

Y segun lo que acabamos de decir ¿qué conducta observaremos, pues, en presencia de un caso de retención? Ya lo hemos dicho, todo depende del medio y del enfermo. Si las condiciones de este son buenas, si puede haber vigilancia técnica que la ponga á cubierto de peligros, podremos esperar, poniendo en práctica la antisepcia mas rigurosa; pero esa espectación tiene un límite, iniciado un accidente, nuestra intervención es obligatoria, lo mismo que cuando trascurre un periodo nunca mayor de 24 horas, segun la edad del embargo, ó si antes de ese plazo el útero revelara tendencia á cerrarse. Estarémos obligados igualmente á hacer la extracción en los casos de placenta múltiple, ó cuando hay fundadas sospechas de que el aborto es resultado de maniobras abortivas, porque entonces, como dice Maygrier, (1) los peligros de infección son mayores, á causa del mayor volumen de la placenta, que se altera muy rápidamente, y de que, muy probablemente las maniobras que han precedido al aborto, han sido hechas sin precaución antiséptica alguna.

Y cómo vamos á intervenir?

Es indispensable fijar previamente la edad del embarazo; es necesario saber si la interrupción ha tenido lugar cumplido el 5º mes ó antes. En el primer caso, ya hemos dicho porqué, siendo posible al partir de esa fe-

[1] Maygrier—Traitement de l'abort incomplet, 1897.

cha la penetración de la mano, la intervención será de preferencia manual; nuestra orientación será así exacta, nos daremos cabal cuenta del volúmen, localización y grado de adherencia de la parte retenida, el desprendimiento será fácil y completo; y si no lo fuera, ya quedamos suficientemente ilustrados para guiar inteligentemente el escobillón ó la cureta. Si el aborto es menor de 5 meses, deberemos elejir entre el curetage, el escobillado y el legrado digital. Por razonamiento análogo al que nos hace preferir, la extracción manual, seremos forzosamente conducidos á dar la preferencia al curage ó extracción digital. Es cierto que es una operación dolorosa que reclamará generalmente la anestesia; pero estos inconvenientes no son superiores á su utilidad, á su inocencia, á la confianza con que el médico la hace, libre de toda amenaza ó accidente; sus éxitos serán casi ciertos, cuando no se trata de fusión ó soldadura placentaria— Haremos pues, de preferencia el curage, completando la *toilette* de la matriz con la cureta en los casos en que la más pequeña duda, nos hiciera pensar en que la extracción no fué completa.

La cureta presta sin embargo, valiosísimos servicios, tiené ocasiones en que es instrumento irremplazable; no siempre se encuentra el útero suficientemeute abierto ó dilatable, para permitir el acceso de dos dedos, muchas veces por resistencia especial del cuello y otras por la escasa edad del aborto, circunstancias que hacen la extracción digital imposible; esos úteros permitirán siempre el acceso de la cureta; las bugías de Hegar pueden suministrar la via suficiente; y entonces, el curetage será el método de elección; la cureta podrá con facilidad arrastrar un trozo del huevo ó un fragmento de caduca, que serán los productos retenidos.

Pero, y si todos estos medios fracasan? Si no es posible eliminar la placenta con la cureta por su volúmen, con el dedo ó la mano por su grado de adherencia no cediendo á los medios operatorios conocidos?—Cuando tal cosa sucede, cuando se trata de una placenta con adherencias muy firmes y existen signos evidentes de putrefacción que subsisten á pesar de la antisepcia más prolija y motivos para pensar que esa infección está localizada en el útero, porque las manifestaciones generales, puedan clasificarse entre las de intoxicación, y las condiciones físicas del enfermo dan fundamento para esperar, qne la intervención puede ser eficáz, la exportación del útero, la histerectomia, debería ser un recurso autorizado.



Conclusiones

En las retenciones placentarias, está justificada:

1.° La espectación armada hasta la iniciación de accidentes. Cuando no pueda existir vigilancia, la intervención debe ser inmediata;

2.° En caso de accidente es preciso intervenir;

3.° El procedimiento de elección después del 5.° mes, es la extracción manual; antes de esa época y siempre que sea posible la extraccion digital;

4.° El curetage debe usarse cuando la extracción digital no es posible; constituyendo el procedimiento de elección en el primer trimestre, y en todo caso como poderoso auxiliar de los otros procedimientos;

5ª La histerectomia no está definitivamente autorizada en el tratamiento de la septicemia por retención placentaria, pero tiende á serlo en los casos en que la infección pueda clasificarse entre las llamadas de ***intoxicación.***

D. B. Manrique.

V.° B.°—*Benavides.*

ERRATAS

Página	Línea	DICE	LÉASE
4	3	por que	porque
5	6	libertad	libertar
6	2	facil itar	facilitar
9	12	halla	haya
11	8	estapas	etapas
11	11	del huevo y el útero	entre el huevo y el útero
12	22	semestre	bimestre
13	20	y muy raras	y mas raras
16	24	y sin compresión	sin compresión
17	28	aquel	aquella
27	8	tercer y cuarto mes	segundo y tercer mes
44	7	tormentosa	tomentósa
49	28	enrrayarla	enrayarla
50	19 y 20	con embrión	con el embrión
53	15	asi como y para combatir	así como para combatir
61	25	úter-omotor	útero-motor
63	8	trastorno sen	trastornos en
66	14	raciona!	racional
72	13	Charpentier de Rives	Champetier de Ribes
73	10	Charpentier	Champetier
78	11	C. Zempien	Czempien
81	12	es cuestión	son cuestiones
82	8	desprendimeato	desprendimiento
87	19	asi sta	asista
91	17	Charpentier	Champetier
93	22	horns	horas
99	17	importación	importancia
108	18	seplicemias	septicemias

CUESTIONARIO

Anatomia Descriptiva:—Linfáticos del útero.

Fisica Médica:—Corrientes de alta frecuencia.

Higiene Privada, Pública é Internacional:—Profilaxia de la Peste bubónica.

Química Médica y Analítica:—Orina albuminosa; su significación clínica.

Historia Natural Médica:—Bacilo de la Peste.

Anatomia General y Técnica Microscópica:—Tejido linfoide ó adenoide.

Farmacia Química y Galénica:—Vias y modos de administración de los medicamentos.

Fisiología General y Humana:—Funciones del Páncreas.

Patología General y Clínica Propedéutica:—Herencias patológicas.

Anatomía Patológica y Bactereología:—Verruga Peruana—Bacilo de Eberth.

Terapéutica y Materia Médica:—Ergotina; sus aplicaciones en obstetricia.

Nosografía Quirurgica:—Tratamiento de la apendicitis.

Nosografía Médica:—Formas clínicas de la Peste.

Oftalmología y Clínica Oftalmológica:—oftalmía purulenta.

Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria:—Región poplitea.—Ligadura de la lingual.

Ginecología y su Clínica:—Diagnóstico de un embarazo complicado con un fibroma.

Pediatría y su Clínica: —Meningitis tuberculosa.

Obstetricia: —Placenta en el segmento inferior.

Clínica de Partos: —Conducta del partero en las presentaciones de nalgas.

Medicina Legal y Toxicología:—¿El artículo 240 del Código Penal, está acorde con las enseñanzas de la ciencia?

Clínica Quirurgica de hombres:—Diagnóstico diferencial entre las fracturas y luxaciones de la columna vertebral.

Clínica Quirurjica de mujeres: —

Clínica Médica de hombres:—

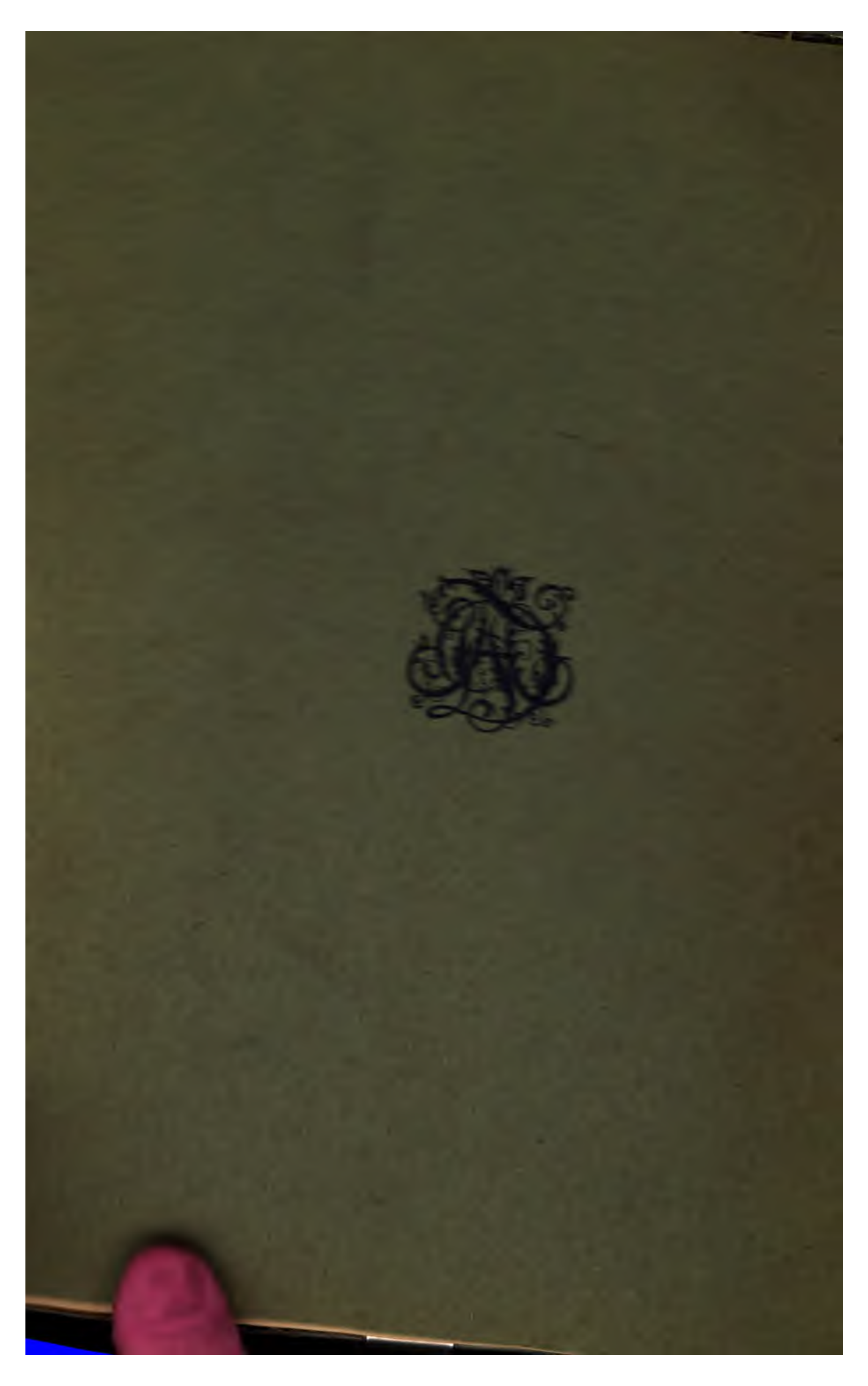
Clínica Médica de mujeres:—Diagnóstico diferencial del tifus abdominal.

Lima, 18 de Abril de 1904.

M. A. Velásquez.

Vº Bº—*BENAVIDES.*






3 2044 054 99

